

インフルエンザワクチンの予防接種を受けられる方へ

Para vacinação preventiva da INFLUENZA (GRIPE)

<ワクチンの効果と副反応> **Efeito e reação da vacina**

A vacinação previne de contrair a influenza (gripe), ou mesmo que contrai-la, os sintomas serão bem leves, por isso, tem o objetivo de prevenir os sintomas graves da influenza ou da morte.

Alguns dias após receber a vacina, raramente poderá haver reações como: erupção cutânea (exantema), urticárias, manchas, bolhas na pele, erythema local, irritação na pele, coceiras. Ou sintomas no corpo como: febre repentina, calafrio, dor de cabeça, fadiga, ausência atípica passageira, tontura, linfadenopatia (inflamação dos gânglios linfáticos), vômitos ou náusea, dor de barriga, diarreia, falta de apetite, dor nas articulações, dor muscular, tosse, palpitação no coração, queda de força muscular e outros, e ainda sintomas no local da aplicação: avermelhado, inchaço, enrijecimento local, sensação de febre, dor aguda, dormência, pequenas bolhas na pele e outros, esses sintomas normalmente desaparecem em 2 a 3 dias. Houve sintomas como: furúnculo (inflamação supurativa por bactéria), paralisia facial, neuropatia periférica, desmaio, reação nos nervos pneumogástric dos vasos sanguíneos, dormência, uveíte.

Raramente efeitos colaterais graves como: (1) Choque anafilático (urticária, dispineia, angioedema), (2) Encefalomielitis aguda (pós-vacinal dentro de 2 semanas, febre, dor de cabeça, convulsão, deficiência motora, perturbação de consciência), (3) Inflamação no cérebro, encefalopatia, inflamação no nervo óptico, (4) Síndrome de Guillain (entorpecimento de mãos e pés, passos desordenados), (5) Convulsões (incluindo convulsão febril) (6) Disfunção no fígado, icterícia, (7) Crise asmática, (8) Trombocitopenia púrpura, trombocitopenia, (9) Vasculite (IgA vasculites, vasculite granulomatosa relacionada a alergia, vasculite leucocitoclásticas e outros), (10) Pneumonia stroma relacionadas, (11) Oftalmopatia da membrana mucosa (Síndrome de Stevens-Johnson), (12) Síndrome de nefrose. Ainda, se ocorrer dano a saúde devido aos efeitos colaterais da vacina, a pessoa prejudicada ou familiares poderá encaminhar um processo para agência administrativa de materiais e equipamentos médicos.

<予防接種を受けることができない人> **<Casos de pessoas que não poderão receber a vacina preventiva>**

① Se no dia tiver febre (acima de 37.5°C).

② Pessoas diagnosticadas com alguma doença grave.

③ Pessoas que já tiveram no passado efeito colateral devido ao componente semelhante da Influenza, pessoas que tiveram choque anafilático (provocado por algum medicamento, deverá informar ao Doutor antes de receber a vacina e ele fará o diagnóstico).

④ Além disso, pessoas em estado inapropriado a receber a vacina.

<予防接種を受ける際に、お医者さんとよく相談しなくてはならない人> **<Antes da vacinação, caso de pessoas que serão necessários consultar com o Doutor que está fazendo algum tratamento>**

① Pessoas que tiveram o crescimento lento ou continuam com orientação médica ou do órgão de saúde pública.

② Pessoas com sintomas de início de gripe.

③ Pessoas que possuem doenças graves no coração, rim, fígado, sangue, etc...

④ Pessoas que receberam essa vacina anteriormente e tiveram durante 2 dias, febre, erupção cutânea, urticária ou outro tipo de alergia.

⑤ Pessoas que já tiveram convulsão ou epilepsia.

⑥ Pessoas que foram diagnosticadas com imunodeficiência comprovada ou tem algum parente próximo com a doença.

⑦ Pessoas que tiveram o sistema respiratório afetado com pneumonia ou bronquite asmática.

⑧ Pessoas que tiveram erupção cutânea (alergia) ou alguma anormalidade ao tomar algum tipo de medicamento ou alimentos (ovo, carne de frango ou galinha, etc....)

⑨ Gestante ou há possibilidade de estar grávida.

<予防接種を受けたあとの注意> **<Cuidados após a vacinação>**

① Após a aplicação aguardar 30 minutos e observar se não houve nenhuma reação alérgica, se caso aparecer algum sintoma procurar o doutor imediatamente.

② No dia da vacinação não é proibido tomar banho, mas deve tomar cuidado para não esfregar o local da aplicação.

③ Após receber a vacina poderá voltar ao cotidiano, mantendo sempre limpo o local que foi feito a aplicação, porém deve evitar exercícios físicos intensos e bebidas alcoólicas em excesso.

④ Se caso aparecer sintomas anormais, febre alta ou convulsão, por favor procurar o Doutor imediatamente.

Dia da vacinação e horário		Instituição Médica	
mês	dia	-	horas~

インフルエンザ予防接種 予診票 任意接種用
FORMULÁRIO PARA VACINA DA INFLUENZA (GRIPE)

※接種希望の方は、太ワク内をご記入ください。

※Preencher corretamente o quadro em negrito

診察前の体温 Temperatura	°C
-----------------------	----

住所 Endereço:	TEL: () -
フリガナ 受ける人の氏名 Nome:	M 生年 男 明治Meiji ・ 大正Taishô ・ 昭和Showa ・ 平成Heisei 月日 年 月 日生 DT. Ano Mês Dia M 女 月日 年 月 日生 Nascim. (歳anos カ月mês)
(保護者の氏名) Responsável:	

質問事項 QUESTIONARIO (circule a resposta correta)	回答欄	医師記入欄
1. 今日受けられる予防接種について説明文を読んで理解しましたか Sobre a vacina preventiva que receberá hoje; leu e compreendeu os explicativos?	いいえ NÃO	はい SIM
2. 今日受けられるインフルエンザの予防接種は今シーズン1回目ですか É 1a dose da vacina preventiva da influenza que receberá hoje, nesta temporada?	いいえ Não (回目) dose 前回の接種は(月 日) Vacina anterior(mês dia)	はい SIM
3. 【予防接種を受けられる方がお子さんの場合】分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか 【Para criança que vai receber a vacina preventiva】 Apresentou alguma anormalidade durante o desenvolvimento, na hora do parto ou após nascer?	ある (具体的) SIM (Qual)	ない NÃO
4. 今日、普段と違って具合の悪いところがありますか Apresentou alguma indisposição (sintomas) hoje?	ある (具体的) SIM (Qual sintoma)	ない NÃO
5. 現在、何かの病気で医師にかかっていますか Está fazendo algum tratamento atualmente?	はい (病名) SIM (Qual doença)	いいえ NÃO
6. 最近1か月以内に何か病気にかかりましたか Adoeceu no período de um mês atrás?	はい (病名) SIM (Qual doença)	いいえ NÃO
7. 最近1か月以内に近親者や周囲に麻しん、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか No período de um mês atrás, teve contato com parente ou amigo portador de sarampo, rubéola, catapora, caxumba, etc...? 病名 Nome da doença ()	いる(病名) SIM (Qual doença)	いない NÃO
8. 最近1か月以内に予防接種を受けましたか No período de um mês atrás, recebeu alguma vacina preventiva?	はい (予防接種名) SIM (Nome da vacina)	いいえ NÃO
9. インフルエンザの予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか Apresentou algum sintoma após ter recebido a vacina preventiva da influenza?	ある(症状:) SIM (Qual sintoma:)	ない NÃO
10. インフルエンザ以外の予防接種の際に具合が悪くなったことがありますか Teve algum sintoma após receber outro tipo de vacina, além da influenza? Escreva o nome da vacina e os sintomas.	ある(予防接種名: 症状:) Sim (Qual vacina:) Qual sintoma: ()	ない NÃO
11. 今までに特別な病気(先天性異常、心臓、腎臓、肝臓、血液、脳神経、免疫不全症、悪性腫瘍、その他の病気)にかかり、医師の診断を受けたことがありますか Até o presente momento foi diagnosticado pelo médico, com alguma doença especial (congenita(nascença), coração, rim, fígado, sangue, cerebral, falta de imunologia, tumor maligno, ou outras doenças)?	ある (具体的) SIM (Qual doença)	ない NÃO
(“ある”の場合)その病気を診てもらっている医師に、今日の予防接種を受けて良いといわれましたか (No caso de responder sim) Consultou ao Doutor que está tratando da doença, se é possível receber a vacina preventiva de hoje?	はい SIM	いいえ NÃO

裏に続く
VIDE VERSO

continuação

12. 今までにひきつけ(けいれん)を起こしたことがありますか Até o presente momento teve convulsão (espasmo)?	ある SIM (quandoごろ vezes回くらい 最後は ano年 mês月ごろ)	ない NÃO
("ある"の場合)ひきつけ(けいれん)を起こしたとき、熱は出ましたか "No caso de responder "sim", teve febre?	はい SIM (°C)	いいえ NÃO
13. 今までに間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患と診断されたことがありますか Até o presente momento, foi diagnosticado com alguma doença no sistema respiratório, como pneumonia ou bronquite asmática.	ある SIM(ANO年 MÊS月ごろ) (ESTÁ TRATANDO / NÃO ESTÁ) (現在治療中・治療してない)	ない NÃO
14. 薬や食品(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発疹やじんましんが出たり、体の具合が悪くなったことがありますか Teve alergia (coceira ou erupção cutânea), ou sentiu-se mal ao tomar algum medicamento ou consumir algum alimento?	ある(薬、食品名) SIM (Nome do medicamento ou alimento) _____	ない NÃO
15. 近親者の中に予防接種を受けて、具合が悪くなった方はいますか Tem algum parente próximo que sentiu mal ao receber alguma outra vacina preventiva?	いる(予防接種名) SIM (Nome da vacina) ()	いない NÃO
16. 近親者に先天性免疫不全と診断されている方はいますか Tem algum parente próximo diagnosticado com algum tipo de imunodeficiência comprovada?	いる SIM	いない NÃO
17. 【女性の方に】 現在、妊娠していますか 【Para mulheres】 Está grávida ou há possibilidade de estar?	はい SIM	いいえ NÃO
18. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば具体的にご記入ください(投薬状況など) Há alguma outra informação com relação a saúde (medicamentos), que queira comunicar ao Doutor? Escreva aqui, por favor. ()		

Campo médico

Segundo a avaliação do questionário acima, a vacinação de hoje

医師の記入欄: 以上の問診および診察の結果、今日の予防接種は (可能 **SERÁ POSSÍVEL** ・ 見合わせる **SERÁ ADIADA**)

Para o paciente ou o responsável, expliquei sobre os efeitos e reações da vacina preventiva de acordo com o método de proteção aos medicamentos e equipamentos médicos.

本人(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応および医薬品医療機器総合機構法に基づく救済について、説明した

医師の署名又は記名押印 _____

医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や副反応などについて理解した上で、接種を希望しますか。(接種を希望します・接種を希望しません)。Recebeu e compreendeu as explicações feitas pelo Doutor, sobre efeitos e reações da vacina preventiva e deseja recebê-la? (**SIM, DESEJO RECEBER** ・ **NÃO DESEJO RECEBER**) *circule uma das opções

署名 (本人もしくは保護者) Assinatura (ou responsável) _____

使用ワクチン名・メーカー名 NOME DA VACINA ·LOTE ·FABRICANTE	接種量 DOSE	実施場所・医師名・接種日時 LOCAL · DOUTOR · DATA DA VACINAÇÃO	
使用したワクチンにチェックを入れてください。 インフルエンザHAワクチン <input type="checkbox"/> 「ビゲンHA」 <input type="checkbox"/> 「フルービックHAシリンジ」 Lot No. 一般財団法人 阪大微生物病研究会 (販売: 田辺三菱製薬株式会社)	(皮下接種) <input type="checkbox"/> 0.25mL (6か月以上9歳未満) <input type="checkbox"/> 0.5 mL (9歳以上)	実施場所 LOCAL 医師名 DOUTOR 接種日時 DATA VACINAÇÃO	年 月 日 時 分