



TERMO DE AUTORIZAÇÃO OU DE RECUSA À VACINAÇÃO HPV

(MENINAS ENTRE 9 E 11 ANOS)

Escola Villare

Aluna _____ Turma _____

Turno _____ Data de Nascimento _____.

Senhores pais ou responsáveis,

A Secretaria Municipal de Saúde, em consonância com a Secretaria de Estado de Saúde de São Paulo e o Ministério da Saúde irá realizar a 2ª dose da Campanha Nacional de Vacinação contra o papiloma vírus humano (HPV) para as adolescentes, na faixa etária de 09, 10 e 11 anos de idade. O objetivo é proteger as meninas vacinadas contra o câncer de colo de útero e as verrugas genitais .

A vacina é segura e os efeitos colaterais após a vacinação são leves e pouco frequentes. Cerca de 10 a 20% poderão apresentar dor e vermelhidão no local da injeção e febre baixa.

Por favor, no dia da vacinação não esquecer a carteira de vacinação!

Solicitamos preencher o quadro abaixo, de acordo com seu parecer.

1º EU, _____
portador da cédula de identidade RG nº _____, e inscrito no CPF sob o nº _____, **NÃO AUTORIZO** SUA VACINAÇÃO CONTRA O HPV.

ASSINATURA _____ . DATA ____/____/2015.

OU

=====

2º EU, _____
portador da cédula de identidade RG nº _____, e inscrito no CPF sob o nº _____, **CONCORDO** QUE MINHA FILHA SEJA VACINADA COM A 2ª DOSE CONTRA O HPV.

ASSINATURA _____ . DATA ____/____/2015.