

COMUNICADO 031/2018

Taquara, 19 de abril de 2018.

Prezados Pais (Pré ao EM):

A campanha de vacinação contra a gripe está começando em algumas regiões do Brasil. A Clínica Adventista de Porto Alegre em parceria com o IACS está disponibilizando a vacina TETRAVALENTE para alunos, colaboradores e familiares. Esta vacina que a clínica está oferecendo é indicada para crianças e adultos com idade mínima de 3 anos. Crianças de 3 a 8 anos, que não tomaram a vacina em anos anteriores, necessitam reforço da dose após 4 semanas. Neste caso é cobrado o valor de duas vacinas e a segunda dose será disponibilizada na Clínica Adventista, em Porto Alegre.

Cepas 2018 – FluQuadri – Laboratório Sanofi Pasteur:

- A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09 (A/Singapore/GP1908/2015, IVR-180);
- A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016 (H3N2) A/Singapore/INFIMH-16-0019/2016, NIB-104;
- B/Brisbane/60/2008 (B/Brisbane/60/2008, tipo selvagem);
- B/Phuket/3073/2013 (B/Phuket/3073/2013, tipo selvagem).

No dia 24/04, das 9h30min às 15h, teremos uma equipe da clínica aqui no colégio para aplicar a vacina naqueles que desejarem. Através do canhoto abaixo, favor sinalizar se há interesse na vacina para que a Clínica possa fazer uma previsão de quantas doses trazer (os pais dos alunos residentes no IACS podem autorizar via e-mail). O valor da vacina é R\$ 90,00 para alunos e familiares (o preço, em outras clínicas, varia entre R\$ 120,00 e R\$ 130,00). No dia 24/04 este valor poderá ser pago no cartão e/ou dinheiro, **diretamente ao pessoal da clínica**.

Solicitamos aos interessados que preencham o canhoto abaixo e devolvam à professora ou na secretaria, até o dia **23/04/2018** (próxima segunda-feira), para organizarmos o atendimento. A princípio a Clínica separou 200 doses para o IACS. As mesmas serão cedidas para os primeiros 200 que devolverem o canhoto, reservando a dose.

Observações:

- É importante a apresentação da carteira de vacinação para registro da vacina. Gestantes somente serão vacinadas a pedido médico (por escrito)
- Os pais que não puderem acompanhar seu (sua) filho (a) no dia da vacinação, precisam enviar pelo (a) aluno (a) o valor correspondente. O pagamento deverá ser feito diretamente com o pessoal da clínica, no momento de aplicação da vacina.

Atenciosamente,


João Cesi Lopes dos Santos
Diretor Geral

✂
.....

Eu, _____, responsável pelo
aluno _____, turma _____, autorizo a aplicação
da vacina tetravalente em meu (minha) filho (a), pelos profissionais da Clínica Adventista de Porto Alegre.

* Número total de outros familiares que desejam receber a vacina: _____

Ass. Responsável: _____