

COMUNICADO 029/2018

Taquara, 15 de abril de 2019.

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 para alunos, colaboradores e familiares.

A vacina poderá ser administrada em crianças a partir de 6 meses, adultos e idosos. Mulheres gestantes e lactantes precisam apresentar solicitação médica. Crianças menores de 8 anos, que não receberam a vacina em anos anteriores, devem realizar um 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.

COMPOSIÇÃO DA VACINA

Cada dose de **Fluarix® Tetra** contém as seguintes cepas (Laboratório Sanofi Pasteur):

- cepa tipo A/Michigan/45/2015 (H1N1) pdm09 (A/Singapore/GP1908/2015, IVR-180)
- cepa tipo A/Switzerland/8060/2017 (H3N2) (A/Brisbane/1/2018, NYMC X-311)
- cepa tipo B/Colorado/06/2017 (B/Maryland/15/2016, NYMC BX-69A)
- cepa tipo B/Phuket/3073/2013 (B/Phuket/3073/2013, tipo selvagem)

No dia 23/04, próxima terça, 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, já que o estoque deles é limitado (os pais dos alunos residentes no IACS podem autorizar via e-mail). O valor da vacina é R\$ 75,00 para alunos e familiares. No dia 23/04 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 **22/04/2019** (próxima segunda-feira), **até às 15h**, para confirmarmos junto à clínica o número de doses necessárias.

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.

* Quantidade de outros familiares que desejam receber a vacina (sem incluir o aluno nesta quantidade):

Ass. Responsável: _____