

BACILO CALMETTE-GUERIN (BCG) LISTA DE CONTROLO PRÉ VACINAÇÃO E AUTORIZAÇÃO Bacille Calmette-Guerin (BCG) pre vaccination checklist and consent	SURNAME		D.O.B.	
	FIRST NAMES		AGE	SEX
	ADDRESS			
			POSTCODE	
	TELEPHONE		M.R.N.	

A informação seguinte é necessária para avaliação do seu estado de saúde física para a vacina BCG (Bacilo Calmette Guerin) (Bacille Calmette Guerin (BCG) vaccination).

As condições abaixo listadas não significam necessariamente que não possa ser vacinado/a hoje, o mesmo se aplica ao seu filho/a, mas **por favor avise o enfermeiro se a pessoa que vai ser vacinada:**

- Não está bem de saúde hoje (por exemplo tem febre igual ou superior a 38.5°C);
- Tem uma doença que enfraqueça o sistema imunitário (por exemplo leucemia, cancro, VIH/Sida ou doença maligna que afecte a medula óssea ou o sistema linfático); ou esteja a fazer tratamento que diminua a imunidade (por exemplo esteja a tomar medicamentos com esteróides como cortisona e prednisona, ou esteja a fazer quimioterapia ou radioterapia;
- Teve no passado uma reacção grave após qualquer vacina;
- Sofre de qualquer tipo de alergia grave;
- Recebeu qualquer outra vacina no último mês;
- Esteve exposto/a a tuberculose (TB), ou esteja a ser acompanhado/a como um contacto suspeito de tuberculose;
- Foi vacinado/a anteriormente com a BCG.

POR FAVOR TOME NOTA – A vacina BCG não é recomendada nos seguintes casos:

- Quem tenha tido no passado reacção positiva à prova intradérmica de tuberculina, reacção igual ou superior a 5mm;
- Pacientes infectados com o VIH e quem esteja imunodeprimido (devido ao risco de infecção BCG disseminada neste grupo);
- Pessoas que corram um risco elevado de infecção com o VIH em que a condição de anticorpos VIH seja desconhecida;
- Pessoas que sofram de doenças cutâneas generalizadas;
- Grávidas – o uso de vacinas vivas não é recomendado, embora nunca tenha sido provado que a BCG causa lesões no feto; e

- Pessoas que tenham sofrido de tuberculose no passado.

Na maioria dos casos fica uma cicatriz no local onde a vacina BCG foi administrada. Avisamos as pessoas que tenham tendência para a formação de cicatrizes quelóides (tecido de cicatriz saliente) de que uma cicatriz quelóide pode formar-se no local da inoculação.

Agradecemos que avise o/a enfermeiro/a antes da administração da vacina BCG se o você ou o seu filho/a, têm tendência para a formação de cicatrizes quelóides. Se precisar de mais informação sobre este ou qualquer outro assunto relacionado com a vacina BCG, por favor converse com o/a enfermeiro/a antes da vacina ser administrada.

O/a enfermeiro/a vai perguntar-lhe se:

- Leu e compreendeu este formulário e o folheto informativo sobre a Vacina BCG, e se
- Precisa de mais informações antes de tomar a decisão de aceitar, ou recusar, a vacina BCG

Fui informado/a sobre os riscos e benefícios da vacina BCG e foi-me dada a oportunidade de conversar sobre os mesmos com o/a enfermeiro/a da clínica de saúde torácica. A informação que forneci está correcta tanto quanto eu tenha conhecimento.

Autorizo que a vacina BCG seja administrada:

I consent to the administration of the BCG vaccine for:

Risque a resposta incorrecta:
Cross out the incorrect response:

A MIM / AO MEU FILHO/A
MYSELF / MY CHILD

Assinatura:
Signature: _____

Data:
Date: _____

Nome em letra de imprensa:
Print Name: _____

Parentesco:
Relationship: _____

**Enfermeiro/a da Clínica de Saúde
Torácica/ Técnico que administra a
vacina:**

Chest Clinic Nurse / Immuniser:

Nome em letra de imprensa:
Print Name: _____

Assinatura:
Signature: _____

Comments: _____

