

## **Autorização para a vacinação contra o HPV**

**(Vacina Quadrivalente Recombinante Contra Papilomavírus Humano Tipos: 6, 11, 16, e 18)**

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2015.

Eu, \_\_\_\_\_, RG n.o \_\_\_\_\_,

CPF n.o \_\_\_\_\_ autorizo minha filha (o) de \_\_\_\_\_ anos \_\_\_\_\_,

aluna(o) da turma \_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_, a tomar as três doses da Vacina Quadrivalente

Recombinante Contra o Papilomavírus Humano (HPV) (tipos 6, 11, 16, e 18).

### **Estou ciente de que:**

- Crianças/adolescentes que desenvolvam sintomas que indiquem hipersensibilidade após receber uma dose da vacina não deverão receber as doses adicionais.
- Crianças/adolescentes com resposta imunológica comprometida - seja por uso de terapia imunossupressora, defeito genético, infecção por vírus da imunodeficiência humana (HIV) ou por outras causas - podem apresentar resposta reduzida à imunização ativa. Recomendamos aos senhores pais que o médico dessas crianças/adolescentes e de qualquer criança/adolescente que apresente plaquetas baixas ou distúrbio de coagulação (o que pode ocasionar sangramento no local após a injeção intramuscular) seja previamente consultado.
- A vacinação não substitui as consultas de rotina com o médico ginecologista e a triagem do câncer de colo de útero através de exame de Papanicolau.
- O uso de analgésicos, anti-inflamatórios, antibióticos, vitaminas, contraceptivos hormonais, Esteroides inalatórios tópicos e parenterais não parecem afetar as respostas imunológicas à vacina.
- Os efeitos colaterais mais frequentes são: local – dor no local da injeção; sistêmico – febre (10%).

### **Contraindicações:**

- Gravidez.
- Vigência de quadro febril e infeccioso agudo.

Nome do pai ou responsável (legível):

\_\_\_\_\_

Assinatura do pai ou responsável:

\_\_\_\_\_