

NOTA INFORMATIVA**SOBRE A VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 NO PÚBLICO DE CRIANÇAS DE 5 A 11 ANOS DE IDADE**

A SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DE CURRALINHO vem esclarecer a população sobre a atual fase de vacinação, assim CURRALINHO seguirá vacinando de acordo com o PLANO MUNICIPAL DE VACINAÇÃO POR MEIO DO cronograma abaixo:

CRONOGRAMA:

INÍCIO DA VACINAÇÃO DIA 22 de janeiro de 2022 - Primeira dose da vacina Pfizer Pediátrica PARA CRIANÇAS NA FAIXA – ETÁRIA DE 5 A 11 ANOS DE IDADE QUE:

APRESENTAM DEFICIÊNCIA PERMANENTE;
APRESENTAM COMORBIDADES;

Assim as crianças que nasceram nos anos de 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 e os nascidos até o dia 18 de janeiro de 2017 (05 a 11 anos completos) que apresentam deficiência permanente e ou que são portadoras de doenças crônicas, **devem comparecer no Salão Paroquial da Igreja Católica no dia 22 de Janeiro (sábado) a partir das 08:00 da manhã acompanhados por pais ou responsáveis, munidos dos seguintes DOCUMENTOS:**

- Identidade ou CPF do Pai/Mãe ou Responsável;
- Cartão SUS ou CPF e identidade e CARTÃO DE VACINAÇÃO da Criança;

Além de: cópia do laudo, atestado ou receita médica que comprove a comorbidade ou deficiência permanente da criança, a cópia do documento ficará retida no ponto de vacinação.

A comprovação da deficiência pode ser feita pela apresentação de cópia de um dos seguintes documentos:

Laudo médico; cartões de gratuidade no transporte público que indiquem condição de deficiência; carteira APPD; comprovante do BPC; documentos comprobatórios de atendimento em centros de reabilitação ou unidades especializadas no atendimento de pessoas com deficiência; documento oficial de identidade com a indicação da deficiência ou qualquer outro documento que indique se tratar de pessoa com deficiência e que será retido no ponto de vacinação.

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO DAS PESSOAS COM DEFICIÊNCIA PERMANENTE:

1. Pessoas com deficiências permanentes não aparentes não podem ser distinguidas desse grupo prioritário e, desde que apresentem algum comprovante de condição como os descritos acima, estarão incluídas no grupo prioritário.

2. Devem ser vacinadas pessoas que apresentem limitação motora que cause grande dificuldade ou incapacidade para andar ou subir escadas.

3. Devem ser vacinadas pessoas com grande dificuldade ou incapacidade de ouvir (que utiliza aparelho auditivo).

4. Devem ser vacinadas pessoas com grande dificuldade ou incapacidade de enxergar (mesmo com o uso de lentes corretivas).

5. Devem ser vacinadas pessoas com alguma deficiência intelectual permanente (que limite as suas atividades habituais, como ir à escola, brincar, etc.)

CRITÉRIOS DE COMORBIDADE:

Laudo, atestado ou receita médica que comprove umas das doenças a baixo:

1. Anemia falciforme;
2. Arritmias cardíacas;
3. Câncer;

4. Cardiopatia hipertensiva;
5. Cardiopatias congênitas;
6. Cirrose hepática;
7. Cor-pulmonante e hipertensão pulmonar;
8. Diabetes mellitus;
9. Doença cerebrovascular;
10. Doença da aorta, dos grandes vasos e fistulas arteriovenosa;
11. Doença renal crônica;
12. Hipertensão arterial;
13. HIV;
14. Imunossuprimidos;
15. Insuficiência cardíaca;
16. Miocardiopatias e pericardiopatias;
17. Obesidade mórbida;
18. Pneumopatias crônicas graves;
19. Próteses valvares e dispositivos cardíacos implantados;
20. Síndrome coronarianas;
21. Síndrome de Down;
22. Talassemia;
23. Transtornos do Espectro Autista (TEA);
24. Valvopatias;

IMPORTANTE:

CASO SEU FILHO (A) ESTEJA NAS CONDIÇÕES DE DEFICIÊNCIA OU DOENÇA CRÔNICA E NÃO TENHA COMO COMPROVAR, PROCURE UM MÉDICO E PROVIDENCIE O(S) DOCUMENTO (S).

LEMBRANDO QUE A CRIANÇA NO MOMENTO DA VACINAÇÃO DEVERÁ ESTÁ BEM DE SAÚDE E NÃO TER RECEBIDO NEM UMA VACINA 15 DIAS ANTES DA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19.

A DISTRIBUIÇÃO DAS VACINAS SEGUE UM CRITÉRIO DE PROPORÇÃO, ASSIM TEMOS **DOSES LIMITADAS** E PARA ISSO DISTRIBUIREMOS SENHAS E A ORDEM É DE CHEGADA, JÁ QUE TODAS AS CRIANÇAS DO GRUPO PRIORITÁRIO **SERÃO PRIORIDADE!**

DESTA MANEIRA EVITE TRANSTORNOS, PAI OU RESPONSÁVEL PROCURE O ATENDIMENTO, CERTIFIQUE-SE QUE SEU FILHO (A) PODERÁ REALIZAR A VACINAÇÃO E SÓ APÓS PROVIDENCIE A VINDA DELE (A) AO PONTO DE VACINAÇÃO.

AGRADECEMOS A COMPREENSÃO E COLABORAÇÃO DE TODOS!

Danieli do Socorro Veiga Matos

Coordenação da Vigilância em Saúde

Adivaldo Borges da Silva

Diretor de Ações Estratégicas e Logística

José Raimundo Farias de Moraes

Secretário de Saúde do Município de Curralinho

**ANEXO: TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE PARA VACINAÇÃO
CONTRA A COVID-19.**

TERMO DE AUTORIZAÇÃO E RESPONSABILIDADE PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Eu, _____
Grau de parentesco: () pai () mãe () avós () outros _____
RG N°: _____ ou CPF N° _____
Autorizo a criança a receber a dose de imunização contra COVID-19
Nome da criança: _____
Data de Nascimento: ____/____/_____
() DECLARO que a criança não recebeu nem uma vacina nos últimos 15 dias
Assinatura: _____ Data de vacinação: ____/____/_____