

COMUNICADO AOS PAIS OU RESPONSÁVEIS

Escola: _____ Série: _____

Prezados Pais ou Responsáveis,

O Programa Nacional de Imunização introduziu, no calendário vacinal das adolescentes de 09, 10, 11, 12, 13 e 14 anos, a vacina quadrivalente recombinante contra **Papilomavírus Humano (tipos 6, 11, 16 e 18)**. Sendo que para meninas de 09 a 14 anos e meninos de 11 a 14 anos.

Essa vacina previne o câncer do colo do útero, vulvar e vaginal, lesões pré-cancerosas ou displásicas, verrugas genitais e infecções causadas pelo **Papilomavírus Humano (HPV)**.

Introduziu também a vacina contra a **Meningite ACWY** em adolescentes de 11 e 12 anos, tanto meninas quanto meninos.

A **Vacina Meningocócica ACWY** previne a meningite e infecções generalizadas, causadas pela bactéria *meningococo* dos tipos A, C, W e Y.

A vacinação ocorrerá por uma Equipe de Profissionais de Saúde, na própria escola, no dia **02 de junho de 2022. Observação: Levar Cartão de Vacina.**

A vacinação não substitui a rotina de triagem de câncer do colo do útero, portanto as adolescentes devem continuar o acompanhamento médico.

A vacina não é recomendada para uso durante a gravidez.

AUTORIZAÇÃO DOS PAIS OU RESPONSÁVELEU, _____,
(Nome do Responsável)responsável por: _____,
(Nome do Adolescente)

() autorizo a vacinação com a vacina contra o **Papilomavírus Humano (HPV)**.
() não autorizo a vacinação com a vacina contra o **Papilomavírus humano (HPV)**.

() autorizo a vacinação com a vacina contra a **Meningite (ACWY)**.
() não autorizo a vacinação com a vacina contra a **Meningite (ACWY)**.

Valparaíso de Goiás-GO, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Responsável