



TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE VACINAÇÃO CONTRA HPV

Escola _____ Data da
Vacinação: __/__/__

Eu (assinatura do pai, da mãe ou do responsável), _____, inscrito(a) sob RG nº _____ e inscrito(a) sob CPF nº _____, **AUTORIZO** minha filha _____ a tomar a vacina contra o papilomavírus humano (HPV), a ser administrada na escola em que estuda.

Informações importantes:

- A vacina contra HPV é segura e os efeitos colaterais após a vacinação são leves, pouco frequentes (10 a 20%) e podem incluir dor e vermelhidão no local da injeção e febre baixa.
- Desmaios podem acontecer depois da aplicação de qualquer vacina, especialmente em adolescentes e adultos jovens, portanto, as adolescentes devem ser vacinadas sentadas e convém não realizar atividade física por, pelo menos, 15 minutos após a administração da vacina.
- Na data em que ocorrer a vacinação na escola, a adolescente deverá levar a sua caderneta de vacinação. Caso tenha perdido, será fornecida uma nova caderneta. É fundamental que a adolescente guarde a caderneta e a leve para receber as doses seguintes.
- Para garantir a proteção contra o câncer do colo do útero são necessárias três doses da vacina contra HPV. A vacina não deve ser feita em grávidas.