

|                                       |             |   |
|---------------------------------------|-------------|---|
| Reviewed by: _____<br>Staff Signature | Date: _____ | Is there an accompanying signed Certificate of Exemption on file?<br><input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No |
|---------------------------------------|-------------|---|



DOH 348-013  
Rev: 15/10/08  
Portuguese

## Atestado de Vacinação (CIS - Certificate of Immunization Status)

|   |             |                                |  |
|---|-------------|--------------------------------|--|
| Sobrenome da criança: _____               | Nome: _____ | Inicial do segundo nome: _____ | Endereço da criança: _____                           |
| Data de nascimento da criança: _____      |             | Sexo da criança: _____         |  |
| Nome de um dos pais ou responsável: _____ |             |                                | Telefone diurno de um dos pais ou responsável: _____ |

Se preencher à mão, escreva o nome da vacina na linha à esquerda de "Dose" e a data em que a vacina foi recebida na coluna "Data". A coluna "Idade" é opcional.

◆ Exigido para escola e creche ou pré-escola    ● Exigido apenas para creche ou pré-escola

| Vacina   | Dose | Data | Idade | Vacina  | Dose   | Data | Idade   | Vacina  | Dose | Data | Idade |
|--|------|------|-------|---|--|------|---|---|------|------|-------|
| <b>◆ Hepatite B (Hep B)</b>  |      |      |       | <b>● Pneumocócica (PCV, PPV)</b>  |  |      |   | <b>Hepatite A (Hep A)</b>   |      |      |       |
|  | 1    |      |       |   | 1  |      |   |   | 1    |      |       |
|  | 2    |      |       |   | 2  |      |   |   | 2    |      |       |
|  | 3    |      |       |   | 3  |      |   |   |      |      |       |
|  |      |      |       |   | 4  |      |   |   |      |      |       |
| <b>Hepatite B (Hep B) Prog. alternativa para adolescentes</b>  |      |      |       | <b>◆ Pólio (IPV, OPV)</b>   |  |      |   | <b>Meningocócica (MCV4, MPSV4)</b>  |      |      |       |
|  | 1    |      |       |   | 1  |      |   |   | 1    |      |       |
|  | 2    |      |       |   | 2  |      |   |   |      |      |       |
| <b>Rotavírus</b>   |      |      |       |   | 3  |      |   | <b>Papilomavírus Humano (HPV)</b>   |      |      |       |
|  | 1    |      |       |   | 4  |      |   |   | 1    |      |       |
|  | 2    |      |       | <b>Gripe (Influenza) - mais recente</b>                                       |  |      |   |   | 2    |      |       |
|  | 3    |      |       |   |  |      |   |   | 3    |      |       |
| <b>◆ Difteria, Tétano, Coqueluche (DTaP, DTP, DT)</b>  |      |      |       | <b>◆ Sarampo, Cachumba, Rubéola (MMR)</b>                                     |  |      |   | <b>Outra</b>  |      |      |       |
|  | 1    |      |       |   | 1  |      |   |   |      |      |       |
|  | 2    |      |       |   | 2  |      |   |   |      |      |       |
|  | 3    |      |       | <b>◆ Varicela (catapora)</b>  |  |      |   |   |      |      |       |
|  | 4    |      |       |   | 1  |      |   | <b>Atesto que as informações aqui fornecidas estão corretas e podem ser comprovadas.</b><br><br>Assinatura de um dos pais ou responsável _____ Data _____<br><br>Assinat. do prof. da saúde licenciado (MD, DO, ND, PA, ARNP) _____ Data _____<br><br>Ou rubricar com a aprovação de um dos pais ou obter a assinatura de um dos pais abaixo:<br>Rubrica do funcionário indicando aprovação dos pais: _____<br><br>Assinatura de um dos pais indicando aprovação: _____ |      |      |       |
|  | 5    |      |       |   | 2  |      |   |   |      |      |       |
| <b>◆ Difteria, Tétano, Coqueluche (Tdap, Td)</b>   |      |      |       | <b>▼ Comprovação de histórico de varicela (catapora) ▼</b>                    |  |      |   |   |      |      |       |
|  | 1    |      |       | <input type="checkbox"/> Comprovado por profissional da saúde ►               | <input type="checkbox"/> Atestado assin. do prof. da saúde em anexo ou<br><input type="checkbox"/> Assinatura do profissional da saúde aqui: ► |      |   |   |      |      |       |
|  | 2    |      |       | <input type="checkbox"/> Prof. da saúde comprovado pelo Serviço de Registro ► | A assinatura do prof. da saúde não será obrigatória se a caixa da esquerda não estiver selecionada.  |      | <b>Se o funcionário da escola localizar confirmação no Serviço de Registro, o funcionário da escola deverá: ►</b> |   |      |      |       |
|  | 3    |      |       | <input type="checkbox"/> Relatório dos pais ►                                 | <b>SÓ é aceitável para algumas séries. Escreva a data ou a idade em que a criança teve a doença:</b>   |      |   |   |      |      |       |
| O verso desta folha contém a documentação de imunidade, um guia de referência com os nomes comerciais das vacinas e uma lista de abreviações de vacinas. |      |      |       |   |  |      |   |   |      |      |       |
|  |      |      |       |   |  |      |   |   |      |      |       |

## Documentação de imunidade por exame de sangue (titulação)

Atesto que a criança indicada neste formulário apresenta comprovação laboratorial de imunidade contra (assinalar todas as alternativas pertinentes):

- Difteria     Hepatite A     Hepatite B     Hib     Sarampo     Cachumba     Pólio     Rubéola     Tétano     Varicela (Catapora)  
 Outra (enumerar): \_\_\_\_\_  relatórios laboratoriais anexados (obrigatório)

X  
 Datilografe ou escreva com letras de forma o nome do **provedor de serviços de saúde** licenciado (MD, DO, ND, PA, ARNP)

X  
 Assinatura do **provedor de serviços de saúde licenciado** (exigida) \_\_\_\_\_ Data (exigida) \_\_\_\_\_

### Marcas comerciais das vacinas\*

Leia na vertical e na horizontal - Nomes comerciais estão em ordem alfabética

| Nome comercial | Vacina      | Nome comercial | Vacina              |
|----------------|-------------|----------------|---------------------|
| Acel-Imune     | DTaP        | Menomune       | MPSV4               |
| ActHIB         | Hib         | OmniHIB        | Hib                 |
| Adacel         | Tdap        | Pediarix       | DTaP + IPV + Hep B  |
| Boostrix       | Tdap        | PedvaxHIB      | Hib                 |
| Certiva        | HPV         | Pentacel       | DTaP + IPV + Hib    |
| Comvax         | Hib + Hep B | Pentavalente   | DTaP + Hep B + Hib  |
| Daptacel       | DTaP        | Pneumovax      | PPV23               |
| Decavac        | Td          | Prevnar        | PCV ou PCV7         |
| Engerix-B      | Hep B       | ProHIBit       | Hib                 |
| Fluarix        | Gripe (Flu) | ProQuad        | MMRV                |
| FluMist        | Gripe (Flu) | Quadracel      | DTaP + IPV          |
| Fluvirin       | Gripe (Flu) | Recombivax     | Hep B               |
| Fluzone        | Gripe (Flu) | Rotarix        | Rotavírus           |
| Gardasil       | HPV         | RotaTeq        | Rotavírus           |
| Havrix         | Hep A       | Tetramune      | DTP + Hib           |
| HibTITER       | Hib         | TriHIBit       | DTaP + Hib          |
| HyperTET       | TIG         | Tri-Immunol    | DTP                 |
| HyperHEP B     | HBIG        | Tripedia       | DTaP                |
| Ipol           | IPV         | Twinrix        | Hep B + Hep A       |
| Infanrix       | DTaP        | Vaqta          | Hep A               |
| Kinrix         | DTaP + IPV  | Varivax        | Varicela (Catapora) |
| Menactra       | MCV4        |                |                     |

### Abreviações das vacinas\*

Leia na vertical – Abreviações estão em ordem alfabética

| Abreviações         | Nome completo da vacina                           |
|---------------------|---|
| DT                  | Difteria, Tétano                                  |
| DTaP                | Difteria, Tétano, Coqueluche acelular             |
| DTP                 | Difteria, Tétano, Coqueluche                      |
| Gripe (TIV ou LAIV) | Gripe (Influenza)                                 |
| HBIG                | Imunoglobulina anti-hepatite B                    |
| Hep A (HAV)         | Hepatite A  |
| Hep B (HBV)         | Hepatite B  |
| Hib                 | <i>Haemophilus influenzae</i> tipo b              |
| HPV                 | Papilomavírus Humano                              |
| IPV                 | Vacina de Poliovírus Inativados                   |
| MCV4                | Vacina Meningocócica Conjugada                    |
| MPSV4               | Vacina Meningocócica Polivalente (Polissacarídea) |
| MMR                 | Sarampo, Cachumba, Rubéola                        |
| MMRV                | Sarampo, Cachumba, Rubéola, Varicela (Catapora)   |
| OPV                 | Vacina Antipólio Oral                             |
| PCV ou PCV7         | Vacina Pneumocócica Conjugada                     |
| PPV23               | Vacina Pneumocócica Polivalente (Polissacarídea)  |
| Rota (RV1 or RV5)   | Rotavírus   |
| Td                  | Tétano, Difteria                                  |
| Tdap                | Tétano, Difteria, Coqueluche acelular             |
| TIG                 | Imunoglobulina antitetânica                       |
| VAR ou VZV          | Varicela (Catapora)                               |

\*Essas listas podem estar incompletas; visite <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/forms/default.htm> para ver listas atualizadas.