

	VACUNACIÓ COVID-19 EN POBLACIÓ INFANTIL DE 5 A 11 ANYS	Data: 09/12/2021
---	---	---------------------

QÜESTIONARI I AUTORITZACIÓ PER A EMPLENAR

SÍ/NO (*)	QÜESTIONARI DE LA PERSONA QUE CAL VACUNAR	MESURES QUE CAL ADOPTAR
	Ha patit una reacció al·lèrgica greu o immediata a dosis prèvies de vacunes o algun dels seus components (incloent-hi polietilenglicol)?	Contraindicació absoluta
	Ha passat la COVID-19, amb símptomes o sense, en les últimes 4 setmanes?	Cal ajornar la vacunació fins que passen 4 setmanes des del diagnòstic.
	Pateix alguna malaltia aguda moderada-greu o febra > 38 °C?	Cal ajornar la vacunació.
	Té antecedents de reacció al·lèrgica a altres vacunes o tractaments injectables?	Valorar per professionals sanitaris.
	Ha rebut alguna vacuna recentment o ha de rebre-la pròximament?	No és necessari separar la vacuna contra la COVID-19 d'altres vacunes prèvies o simultànies.
	Pateix immunosupressió?	Cal vacunar igualment. La resposta immune pot ser inferior.
	Està rebent tractaments contra la COVID-19 (plasma de convalescents, anticossos monoclonals o antivírics)?	Cal ajornar la vacunació 90 dies.
	Està rebent tractament crònic amb anticoagulants?	Valorar per professionals sanitaris.
	Quina edat té?	Es recomana la vacunació entre 5 i 11 anys complits.

(*) Indicar SÍ o NO en cadascuna de les preguntes del qüestionari, excepte en l'última en la qual s'ha de posar l'edat.

	<h2>VACUNACIÓ COVID-19 EN POBLACIÓ INFANTIL DE 5 A 11 ANYS</h2>	Data: 09/12/2021
---	---	---------------------

AUTORITZACIÓ PER A LA VACUNACIÓ CONTRA LA COVID 19 EN L'ÀMBIT EDUCATIU

Sr./Sra.(**) _____,
 amb DNI _____, com a mare/pare/ tutor o representant legal del Sr. / de la Sra.
 _____, amb núm. de SIP
 _____, i data de naixement ___ / ___ / ___ (dia/ mes /any).

Després d'haver llegit el full informatiu:

Autoritze que se li administre la vacuna contra la COVID 19.

No autoritze que se li administre la vacuna contra la COVID 19.

Poden ser motius de no autorització: reaccions al·lèrgiques greus o immediata a dosis prèvies de vacunes o algun dels seus components (contraindicació absoluta); haver passat la COVID (amb símptomes o sense en les últimes 4 setmanes); patir alguna malaltia aguda moderada o greu o febre de més de 38°; haver tingut una reacció al·lèrgica a altres vacunes o tractaments injectables; estar rebent tractament contra COVID-19; estar rebent tractament crònic amb anticoagulants o el rebuig a la vacunació.

Data: ___ / ___ / ___

Signatura

(**) En les situacions de separació, divorci, nul·litat, ruptura de parelles i situacions anàlogues l'autorització haurà d'estar signada pels dos progenitors.