Declaração de Imunização

Corpo Clínico Hospital Ortopédico AACD

**Nome do médico:**

**Especialidade**: **CRM**

Declaro que,

1. Reconheço e aceito a Recomendação da AACD baseadas em orientações do Ministério da Saúde, da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo e da Sociedade Brasileira de Imunizações sobre ser **altamente recomendável manter status vacinal em dia com as proteções abaixo definidas, para minha proteção e dos outros; incluindo vacinação anual contra *Influenza*, e contra doenças em situações de epidemia**, sempre que estas forem prevenidas por imunobiológicos;
2. Tenho ciência de que poderei ser solicitado a comprovar meu status imunológico através de sorologias e/ou entrega de comprovação de vacinação;
3. Fui informado de que a liberação para determinadas atividades dentro da Instituição serão dependentes do meu status de imunização.
4. Estou imunizado para

( ) Difteria e tétano (dupla adulto). Se pediatras ou pneumologistas, imunizados para difteria, tétano e coqueluche (tríplice bacteriana acelular dTpa);

( ) Sarampo, caxumba, rubéola (tríplice viral);

( ) Hepatite B (com sorologia Anti\_HBs > 10UI/mL);

( ) Influenza;

( ) COVID-19.

Caso não tenha tomado alguma vacina por contraindicação, segue abaixo a vacina e a contraindicação.

Ciente das responsabilidades pelas declarações por mim prestadas, firmo o presente,

Assinatura e carimbo Data