

ANEXO II.

VACUNACION DE DIFTERIA-TÉTANOS-TOS FERINA ACELULAR

Centro de salud de.....

Estimados padres y madres:

El Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra incluye la vacunación de Difteria-Tétanos-Tos ferina acelular de carga reducida a todos los escolares de 6 años (1º de Educación Primaria).

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm

La vacunación se efectuará en los propios centros de enseñanza. Por ello, solicitamos su autorización rellenando esta hoja-cuestionario que les rogamos nos hagan llegar a través del profesor/a, junto con la CARTILLA DE SALUD INFANTIL Y OTROS CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN. En caso contrario, les rogamos nos comuniquen su negativa por escrito con este mismo cuestionario.

Gracias por su colaboración.

Apellidos y nombre del alumno/a:	Fecha de nacimiento:
Centro de enseñanza:	Curso y aula:
Centro de salud o ambulatorio que le atiende:	
¿Es alérgico/a a algún medicamento o vacuna? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ A cuáles:	
¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Contra qué:	
¿Padece actualmente fiebre superior a 38º, enfermedad aguda o crónica? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ	
Cuáles:	
¿Está tomando algún medicamento o recibe algún tratamiento médico de forma continuada?	
<input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Cuales:	
POR LA PRESENTE	
<input type="checkbox"/> SI. Autorizo la vacunación de Difteria Tétanos y Tos ferina acelular, siempre y cuando lo permita el estado de Salud del niño/a	
<input type="checkbox"/> No autorizo la vacunación de Difteria Tétanos y Tos ferina acelular	
<input type="checkbox"/> No autorizo la vacunación de Difteria Tétanos y Tos ferina acelular porque ha sido recientemente vacunado.	
.....a..... de..... de 20...	
Firma del padre, madre o tutor/a:	
OBSERVACIONES:	

Autorización 1º de Educación Primaria

ANEXO III.

VACUNACIÓN FRENTE A VIRUS DEL PAPILOMA HUMANO

Centro de salud de

Estimados padres y madres:

El Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra incluye la vacunación frente al virus del papiloma humano a las **niñas** de 11-12 años en 6º curso de Educación Primaria.

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm

La vacunación se efectuará en los propios centros de enseñanza. Por ello, solicitamos su autorización rellenando esta hoja-cuestionario que les rogamos nos hagan llegar a través del profesor/a, junto con la CARTILLA DE SALUD INFANTIL Y OTROS CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN. En caso contrario, les rogamos nos comuniquen su negativa por escrito con este mismo cuestionario. Gracias por su colaboración.

Apellidos y nombre de la alumna: Fecha de nacimiento:.....

Centro de enseñanza: Curso y aula:

Centro de salud o ambulatorio que le atiende:

¿Es alérgico/a a algún medicamento o vacuna? NO SÍ A cuáles:

¿Está embarazada? NO SÍ

¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? NO SÍ Contra qué:

¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmunitario? NO SÍ

¿Padece actualmente fiebre superior a 38º, enfermedad aguda o crónica?

NO SÍ Cuáles:

¿Está tomando algún medicamento o recibe algún tratamiento médico de forma continuada?

NO SÍ Cuáles:

POR LA PRESENTE

SI. Autorizo la aplicación de la vacuna frente al virus del papiloma humano siempre y cuando el estado de salud de la niña lo permita y no exista contraindicación

NO. No autorizo la aplicación de la vacuna frente al virus del papiloma humano

..... a de de 20...

Firma del padre, madre o tutor/a:

OBSERVACIONES

Autorización 6º de Educación Primaria

ANEXO IV.

VACUNACIÓN ANTIMENINGOCÓCICA CONJUGADA C

Centro de salud de

Estimados padres y madres:

El Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra incluye la vacunación antimeningocócica C a los 11-12 años en 6º curso de Educación Primaria

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm

La vacunación se efectuará en los propios centros de enseñanza. Por ello, solicitamos su autorización rellenando esta hoja-cuestionario que les rogamos nos hagan llegar a través del profesor/a, junto con la CARTILLA DE SALUD INFANTIL Y OTROS CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN. En caso contrario, les rogamos nos comuniquen su negativa por escrito con este mismo cuestionario. Gracias por su colaboración.

Apellidos y nombre del alumno/a: Fecha de nacimiento:.....

Centro de enseñanza: Curso y aula:

Centro de salud o ambulatorio que le atiende:

¿Es alérgico/a a algún medicamento o vacuna? NO SÍ A cuáles:

¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? NO SÍ Contra qué:

¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmunitario? NO SÍ

¿Padece actualmente fiebre superior a 38º, enfermedad aguda o crónica?

NO SÍ Cuáles:

¿Está tomando algún medicamento o recibe algún tratamiento médico de forma continuada?

NO SÍ Cuáles:

POR LA PRESENTE

SÍ. Autorizo la aplicación de la vacuna antimeningocócica conjugada C siempre y cuando el estado de salud del niño/a lo permita y no exista contraindicación

NO. No autorizo la aplicación de la vacuna antimeningocócica conjugada C

..... a de de 20...

Firma del padre, madre o tutor/a:

OBSERVACIONES

Autorización 6º curso de Educación Primaria

ANEXO V.

VACUNACIÓN FRENTE A TÉTANOS-DIFTERIA DE TIPO ADULTO

Centro de salud de

Estimados padres y madres:

El Calendario Oficial de Vacunaciones de Navarra incluye la vacunación frente a Tétanos-difteria de tipo adulto a todos los escolares de 14 años (2º de ESO).

http://www.navarra.es/home_es/Gobierno+de+Navarra/Organigrama/Los+departamentos/Salud/Organigrama/Estructura+Organica/Instituto+Navarro+de+Salud+Publica/Publicaciones/Publicaciones+profesionales/Epidemiologia/Vacunaciones.htm

La vacunación se efectuará en los propios centros de enseñanza. Por ello, solicitamos su autorización rellenando esta hoja-cuestionario que les rogamos nos hagan llegar a través del profesor/a, junto con la CARTILLA DE SALUD INFANTIL Y OTROS CERTIFICADOS DE VACUNACIÓN. En caso contrario, les rogamos nos comuniquen su negativa por escrito con este mismo cuestionario.

Gracias por su colaboración.

Apellidos y nombre del alumno/a: Fecha de nacimiento Centro de enseñanza: Curso y aula: Centro de salud o ambulatorio que le atiende: ¿Es alérgico/a a algún medicamento o vacuna? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ A cuáles: ¿Ha recibido en el último mes alguna vacuna? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Contra qué: ¿Padece alguna inmunodeficiencia o enfermedad del sistema inmunitario? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ ¿Padece actualmente fiebre superior a 38º enfermedad aguda o crónica? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ ¿Está tomando algún medicamento o recibe algún tratamiento médico de forma continuada? <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> SÍ Cuáles: POR LA PRESENTE <input type="checkbox"/> Autorizo la vacunación de Tétanos-difteria de tipo adulto, siempre y cuando lo permita el estado de Salud del niño/a. <input type="checkbox"/> No autorizo la vacunación de Tétanos-difteria de tipo adulto a, de de 20... Firma del padre, madre o tutor/a: OBSERVACIONES:

Autorización 2º de ESO

ANEXO VI.

AUTORIZACIÓN DE LOS PADRES/TUTOR PARA LA REALIZACIÓN DE LA PRUEBA DE TUBERCULINA

El Programa de Control de la Tuberculosis en Navarra recomienda realizar la prueba de la tuberculina a todos los niños a los 14 años, salvo a quienes tengan una prueba previa positiva. Se trata de una prueba diagnóstica que consiste en un pequeño pinchazo superficial en el antebrazo, cuyo resultado ha de ser leído entre 48 y 72 horas.

Si tiene constancia de una prueba de tuberculina previa positiva, le pedimos que nos lo indique, y en tal caso no será necesario repetirla. En el caso de que la prueba previa hubiese sido negativa **sí** está indicada la repetición de la misma.

Para dar su autorización, rellene y firme esta hoja.

Nombre del padre/madre/tutor _____

Nombre del niño/a _____

Autorizo a que se le realice a mi hijo/a una prueba de tuberculina.

SI NO

Fecha: _____

Firma: _____

EN CASO DE DAR LA AUTORIZACIÓN, COMPLETAR LOS SIGUIENTES DATOS

Médico de cabecera: _____

Centro de Salud/mutua _____

Enfermedades actuales _____

Fiebre de varios días Cansancio Tos con secreciones de semanas

Vacuna de tuberculosis (BCG) NO/no sabe SI fecha: _____

Prueba de tuberculina NO/no sabe SI Resultado: _____

Tratamiento con corticoides: NO SI _____

Antecedente de tuberculosis en la familia: NO SI _____

Tratamiento previo con Isoniacida (Cemidón): NO SI _____

RESULTADOS DE LA PRUEBA (a cumplimentar por los servicios sanitarios)

Fecha ____ / ____ / ____ Induración _____ mm.

Interpretación: Positivo Negativo

Radiología (en los positivos): _____

Recomendación: _____

Observaciones

ANEXO VII.

CARTAS A LOS PADRES Y AL MÉDICO DE CABECERA DE LOS NIÑOS QUE RESULTEN POSITIVOS A LA TUBERCULINA

D./Dña _____

Padre/Madre/Tutor del niño _____

El pasado día _____ de _____ de _____ realizamos a su hijo/a una prueba de tuberculina en su centro de escolar que ha resultado POSITIVA.

Ante este resultado conviene que sea valorado de forma individual por su médico. Le adjuntamos un escrito en el que explicamos la situación a su médico de cabecera para que él realice las pruebas que considere oportunas.

Atentamente

Estimado/a Dr./Dra. _____

El Programa de Control de la Tuberculosis de Navarra contempla el cribado tuberculínico a todos los niños a los 14 años de edad.

El pasado día ____ de _____ de _____ realizamos la prueba de tuberculina al niño D/Dña. _____, paciente suyo, en el centro docente donde estudia.

El resultado de dicha prueba ha sido **POSITIVO** (_____ mm).

Según el Programa de Tuberculosis de Navarra, convendría descartar la presencia de la enfermedad tuberculosa realizando, al menos, una radiografía de tórax informada por el radiólogo. Una vez excluida la enfermedad, se puede valorar la indicación de quimioprofilaxis con isoniacida durante 6 meses.

Para cualquier consulta relacionada con el Programa de Control de la Tuberculosis de Navarra puede llamar al Instituto de Salud Pública a los teléfonos 848 423646 / 848 421477.

Atentamente,

Fecha y firma:

ANEXO VIII.

RESULTADOS DEL CRIBADO CON TUBERCULINA EN EL PROGRAMA DE SALUD DEL NIÑO SANO (2º ESO)

COLEGIO/ CENTRO ESCOLAR:

AULA / GRUPO:

CURSO ACADÉMICO:

Nº	Nombre y apellidos	PPD actual	Nacido en España (Sí/No)	PPD+ previo*
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19				
20				
21				
22				
23				
24				
25				
26				
27				
28				
29				
30				

*Marcar con una cruz sólo en caso de que se conozca el antecedente y sea afirmativo.

Remitir a: Sección de Intervención Epidemiológica y Vacunaciones, Instituto de Salud Pública y Laboral de Navarra.
C/ Leyre 15. 31003 Pamplona/Iruña