



## Conselleria de Salut

Direcció General de Salut Pública

### VACUNACIÓ ESCOLAR CONTRA LA GRIP

Benvolgudes famílies,

Els infants, són un dels grups de població amb més risc de patir complicacions per la infecció del grip, a més de ser uns dels principals difusors del virus. Per tant, la vacunació té un doble benefici, el principal, protegir la persona que se vacuna, però també protegir tota la població. Segons l'OMS, la vacuna és la millor manera de prevenir el grip i la recomana als infants entre 6 mesos i 5 anys.

Les escoles són "espais facilitadors" que milloren l'accessibilitat i afavoreixen la cobertura universal entre la població infantil. El propòsit d'aquesta circular és informar-vos de la campanya de vacunació antigripal escolar i alhora, animar-vos a sumar-vos-hi signant l'autorització. Quan ens vacunam contribuïm a una societat més saludable i solidària.

La vacuna que s'administrarà serà d'una sola dosi intranasal. Aquesta vacuna està contraindicada en alguns casos com ara:

1. Hipersensibilitat als principis actius o algun dels excipient ( ex. Gentamicina o gelatina). Reacció al·lèrgica greu (ex. Anafilàxia) als ous o a les seves proteïnes.
2. Immunodeficiència greu.
3. Tractament amb salicilats tant per via sistèmica com tòpica.
4. Asma greu o sibilàncies actives.



Per favor, abans d'autoritzar llegiu amb atenció la informació continguda al QR.

#### Dades de l'infant:

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_  
DNI/CIPR: \_\_\_\_\_ DATA DE NAIXEMENT : \_\_\_\_\_  
DOMICILI: \_\_\_\_\_ POBLACIÓ: \_\_\_\_\_  
CODI POSTAL: \_\_\_\_\_ TELÈFON: \_\_\_\_\_ EMAIL: \_\_\_\_\_  
CENTRE DE SALUT O MUTUALITAT A QUÈ PERTANY: \_\_\_\_\_  
CENTRE ESCOLAR : \_\_\_\_\_

**MOLT IMPORTANT.** Per procedir a la vacunació és necessària la vostra autorització, i és imprescindible la vostra signatura. Un cop signat, envieu aquest imprès al centre escolar quan se us indiqui des del mateix. Marqueu una X a la casella corresponent:

Sr./Sra. \_\_\_\_\_  
amb DNI núm. \_\_\_\_\_ actuant en nom propi i com a pare/mare/tutor.

**Autoritz** que vacunin el meu fill/a contra la grip amb vacuna intranasal i, en cas de no tenir historia clínica en el Sevei de Salut, se n'hi obri una per tal de poder registrar la vacuna que se li ha administrat .

**NO autoritz** que vacunin el meu fill/a contra la grip amb vacuna intranasal a l'escola.

#### SIGNATURA DEL PARE, MARE O TUTOR

Si el vostre fill/a ja ha estat vacunat de grip aquesta temporada 2024/2025 anoteu la data \_\_\_\_\_

En cas de que, finalment, no se vacuni, anoteu el motiu:  Contraindicacions  No autoritzat  Absència

#### ESPAI A EMPLENAR PEL PERSONAL SANITARI

NOM I COGNOMS: \_\_\_\_\_

Se li ha administrat la vacuna intranasal contra la grip

Data d'administració: \_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2024

No ha estat vacunat/da contra la grip. Anotar motiu:  Contraindicacions  No autoritzat  Absència

Demaneu cita al vostre centre de salut o lloc de vacunació habitual.

**Desau aquesta pestanya al costat del carnet de vacunacions**