



COMUNICADO Nº 020/2018 – DGC/SPO

OPERAÇÃO DE BLOQUEIO CONTRA O SARAMPO NO CAMPUS SÃO PAULO

Comunicamos que recentemente foi detectado um caso de sarampo na região em que se localiza o *Campus* São Paulo. Diante de um caso ou de um surto (ocorrência de dois ou mais casos) de sarampo, a prática adotada pela Secretaria Municipal de Saúde é a realização da “operação limpeza”: vacinação com o objetivo de interromper a cadeia de transmissão do vírus numa determinada área geográfica. Por isto, fomos comunicados pela Equipe de Vigilância Epidemiológica responsável por nossa região que é necessária a vacinação de todos os funcionários e alunos do *Campus* São Paulo e Reitoria.

A vacinação será realizada no dia 10 de outubro, quarta-feira, a partir das 8h no próprio *Campus* São Paulo.

O sarampo é uma doença viral, aguda, febril, sistêmica, altamente transmissível, causada pelo vírus do sarampo. Ocorre no mundo todo e acomete indivíduos suscetíveis de qualquer idade, podendo evoluir com complicações como pneumonia, otite média aguda, diarreia, encefalite e óbito, principalmente em crianças menores de um ano de idade. Adultos também podem apresentar complicações graves.

Desde fevereiro de 2018, o Brasil enfrenta a circulação do vírus do sarampo, nos estados de Roraima e Amazonas. Em 13/06/2018, o Rio Grande do Sul confirmou surto da doença, e casos também foram confirmados entre viajantes residentes nos estados de São Paulo e do Rio de Janeiro.

É necessária a autorização dos pais para vacinar os estudantes menores de 18 anos. Por isto, disponibilizamos a autorização em anexo a este comunicado, na Direção Geral e Protocolo do *Campus* São Paulo. Ela deve ser apresentada pelo(a) estudante, devidamente assinada, no dia da vacinação.

Todos deverão trazer também a carteira de vacinação, o cartão SUS (quem o possuir) e RG.

São Paulo, 04 de outubro de 2018

REBECA VILAS BOAS CARDOSO DE OLIVEIRA
DIRETORA GERAL EM EXERCÍCIO
CAMPUS SÃO PAULO – IFSP



ESCOLA _____ DRE _____

ALUNA _____ ANO/TURMA _____

TURNO _____ DATA DE NASCIMENTO _____

Senhores pais ou responsáveis

Devido a um caso de sarampo confirmado na região estaremos na escola realizando a operação de bloqueio com a vacina Triplice Viral.

A vacina Tríplice Viral (contra sarampo, caxumba e rubéola) será disponibilizada **gratuitamente** neste estabelecimento de ensino no dia _____.

Solicitamos preencher a filipeta abaixo caso **CONCORDE** com a vacinação de seu filho(a). O não recebimento deste documento pela escola até o dia em que será feita a vacinação significa que o responsável **NÃO CONCORDA** com a aplicação das vacinas.

Leve a carteira de vacina e o cartão SUS.



TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA A VACINAÇÃO

Escola _____ DRE _____

ALUNO (A) _____ ANO _____

TURNO _____ DATA DE NASCIMENTO _____

Eu, _____, responsável pelo(a) aluno(a)

AUTORIZO sua vacinação na escola.

Assinatura: _____

Data: _____