

Nova Orientação Técnica, em 02-12-2009*

Técnicos de saúde e assistentes - Regime livre (privado) Vacinação contra a infecção pelo vírus da gripe pandémica (H1N1) 2009

1. Introdução

Esta orientação técnica (OT) aplica-se a técnicos e assistentes que trabalham exclusivamente em regime livre (privado), em:

- consultórios médicos;
- clínicas
- laboratórios de patologia clínica;
- outros (por analogia com as situações descritas).

Aconselha-se a consulta de Gripe OT-17, no âmbito específico da Medicina Dentária/Saúde Oral

2. Norma

- Os profissionais acima referidos, que no decurso da sua actividade profissional têm **contacto directo e mantido com doentes**, pertencem ao **grupo-alvo B** para a vacinação contra a infecção pelo vírus da gripe pandémica (H1N1) 2009 (Circular Normativa nº 17/DSPCD de 14/10/2009).

Atendendo à entrega faseada da vacina e ao alargamento dos incluídos no Grupo B, nesta fase devem ser estritamente cumpridos os critérios de prioridade definidos para este grupo (Circular Normativa nº 17/DSPCD de 14/10/2009).

- **Apenas os profissionais com contacto directo e mantido com doentes deverão ser vacinados**, para que seja possível a utilização das vacinas agora disponíveis na protecção dos mais vulneráveis.

3. Vacinação

Para efeitos da vacinação estes profissionais deverão apresentar no centro de saúde da sua área de residência:

1. Declaração passada pelo responsável médico confirmando a sua inclusão no grupo B (Anexo 1)
2. Boletim Individual de Saúde (Boletim de Vacinas do profissional).

Nova Orientação Técnica, em 02-12-2009*

Anexo 1

DECLARAÇÃO PARA VACINAÇÃO COM VACINA PANDÉMICA - Grupo B

Profissionais de saúde: técnicos e assistentes - Regime livre

Para os devidos efeitos, declaro por minha honra que _____
_____, é técnico/assistente de consultório em regime livre, com **contacto próximo e mantido com utentes/doentes**, pelo que cumpre os critérios para ser incluído no grupo-alvo B para a vacinação contra a infecção pelo vírus da gripe pandémica (H1N1)2009.

Local: _____, data: _____

O responsável médico pelo serviço de saúde **privado:**

Assinatura: _____

Nome legível: _____

Nº telefone: _____

Nº Cédula profissional _____ Vinheta

Instituição/Entidade: _____

Morada: _____

CP _____

Nº telefone: _____ NIF: _____

Atendendo a que se trata de uma campanha de vacinação, deverá telefonar para o seu centro de saúde para combinar quando pode ser vacinado/a.