



## Aos Pais das crianças do Infantário/Jardim de Infância

Desde 2007 temos efectuado, anualmente, em infantários de Coimbra, um estudo sobre a bactéria *Pneumococo* e sua vacina. Se o vosso filho foi um dos meninos que participou, agradecemos a colaboração. Para os que nunca participaram apresentamos um pequeno resumo do estudo.

A vacina contra *Pneumococo* está comercializada em Portugal desde 2001, mas não está incluída no Programa Nacional de Vacinação. Destina-se a combater uma bactéria – *Pneumococo* – que se encontra frequentemente na região posterior do nariz de crianças saudáveis e sem manifestações de doença, designadas portadores. Alguns tipos desta bactéria podem originar várias doenças, tais como meningite, pneumonia ou otite. Existem cerca de 90 tipos diferentes desta bactéria. A vacina foi concebida para eliminar inicialmente 7, depois 10 e actualmente 13 tipos de pneumococo, alguns dos quais causam doença grave. Sabe-se que a criança poderá ser portadora de outros tipos e é muito importante saber quais são e como evoluem ao longo dos anos, à medida que os tipos contidos na vacina vão diminuindo ou mesmo desaparecendo. Esta informação será útil para a produção de novas vacinas dirigidas a esses diferentes pneumococos e permitirá ainda saber como evoluem as resistências aos antibióticos. Na região posterior do nariz dos meninos existem também outras bactérias que poderão ser afectadas pelas alterações produzidas por esta vacina. Por todas estas razões, seria muito importante manter este estudo em Coimbra, à semelhança do que acontece em vários países e em Portugal na zona de Lisboa.

Para tal, gostaríamos de solicitar, mais uma vez, a vossa colaboração. Para além de um pequeno inquérito, o estudo compreende a realização de um exame simples que consiste na introdução de um pequeno cotonete na entrada do nariz para colher secreções. Será efectuado no infantário, por enfermeiras de Pediatria com muita prática nos cuidados à criança. A participação do vosso filho(a) neste estudo não envolve riscos. Embora os resultados do estudo possam ser publicados, a identidade do vosso filho(a) irá manter-se confidencial. Podem decidir deixar de participar no estudo em qualquer etapa do mesmo, sem qualquer consequência. Não existirão benefícios directos para o vosso filho(a) pela participação neste estudo.

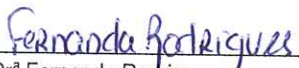
Para a sua concretização precisamos de autorização dos pais. Pedimos que preencham a folha de consentimento e o inquérito que segue em anexo, que se refere a(o) vosso(a) filho(a).

Este estudo é coordenado pelo Serviço de Urgência e Unidade de Infecçiology do Hospital Pediátrico e, tal como os anteriores, foi submetido a aprovação pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Coimbra.

Se tiverem alguma questão poderão contactar-nos através do telefone 239480651 ou do e-mail [urgencia@chc.min-saude.pt](mailto:urgencia@chc.min-saude.pt)

Agradecemos antecipadamente a vossa colaboração.

Coimbra, 19 de Novembro de 2010

  
Dr<sup>a</sup> Fernanda Rodrigues  
Hospital Pediátrico de Coimbra

  
Dr. Luís Januário  
Hospital Pediátrico de Coimbra



## DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### ESTUDO DE MONITORIZAÇÃO DA COLONIZAÇÃO NASOFARINGEA DE CRIANÇAS EM INFANTÁRIOS, NA ERA DAS VACINAS CONJUGADAS

#### PAIS/REPRESENTANTE LEGAL

Recebi uma explicação adequada sobre os objectivos e as condições em que este estudo será realizado e aceito a participação do meu(minha) filho(a) no mesmo.

\_\_\_\_\_  
Nome da criança em maiúsculas

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pai/Mãe/Representante Legal

\_\_\_\_\_  
Data

Contacto telefónico: \_\_\_\_\_

Caso pretenda que lhe sejam enviados os resultados, preencha os seguintes dados:

E-mail: \_\_\_\_\_

## QUESTIONÁRIO

Por favor preencha as questões que se seguem, relativas ao seu(sua) filho(a):

## IDENTIFICAÇÃO

NOME: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ INFANTÁRIO: \_\_\_\_\_

Participou nos estudos anteriores: Não ☐ Sim ☐ 2007 ☐ 2008 ☐ 2009 ☐ 2010 ☐

## ANTECEDENTES PESSOAIS

Tomou algum antibiótico no último mês? Não ☐ Sim ☐ Qual: \_\_\_\_\_

## VACINAS

1. Recebeu a vacina Prevenar®? Não ☐ Sim ☐

Se sim, refira a data em que recebeu cada dose, registrando se foi Prevenar® (2001-2009, Wyeth) ou Prevenar13® (2010, Pfizer):

1ª dose	2ª dose	3ª dose	4ª dose

ou

2. Recebeu a vacina Synflorix® (GSK)? Não ☐ Sim ☐

Se sim, refira a data em que recebeu cada dose:

1ª dose	2ª dose	3ª dose	4ª dose

Se recebeu doses de Prevenar® e Synflorix®, por favor registre as datas de ambas.

3. Recebeu vacina da gripe em 2010?

Se sim, refira a data em que recebeu cada dose:

1ª dose	2ª dose

## ANTECEDENTES FAMILIARES

Número de irmãos em idade pré-escolar ( $\leq 6$  anos): \_\_\_\_\_

Há fumadores em casa? Não ☐ Sim ☐