



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DE SAÚDE E PROTEÇÃO CIVIL
DIREÇÃO REGIONAL DA SAÚDE

DECLARAÇÃO DE ELEGIBILIDADE PARA VACINAÇÃO PRÉ-EXPOSIÇÃO CONTRA MPOX

Para os devidos efeitos, declara-se que a pessoa com o nome _____
nascida em ___ / ___ / _____, com o número SNS _____, é elegível para vacinação pré-exposição
com a vacina MVA-BN, ao abrigo da **circular normativa da DRS n.º S 2023/1428, de 18/08/2023**.

A administração da vacina deverá cumprir o seguinte esquema vacinal e via de administração:

Esquema vacinal (de acordo com a circular normativa da DRS n.º S 2023/1428, de 18/08/2023):

- 1 dose 2 doses (intervalo mínimo de 28 dias)
- Via de administração subcutânea (grávida ou situação de imunossupressão grave)

Nome do médico e número de cédula profissional:

Assinatura do Médico

Estabelecimento/ Unidade de Saúde emissora: _____

Data de Emissão: ___ / ___ / _____

Nota: Esta declaração deve conter o carimbo da instituição ou vinheta do médico. Poderá ser substituída por outra, emitida informaticamente, desde que contenha a mesma informação.

