

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| |  | | --- | |  | | **Questionário Para Vacinação Influenza** **Gripe** | |  |
|  |  |  |  |
| DATA: \_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_ | NOME: |  |  |
| 1. Você está com febre no momento? ( ) Sim ( ) Não | | | |
| 2. Foi diagnosticado (a) com alguma doença? ( ) Sim ( ) Não | | | |
| Caso positivo, qual? | | | |
| ( ) Transplantados; | | | |
| ( ) Imunossupressão; | | | |
| ( ) Doença respiratória cônica (asma, bronquite, etc) | | | |
| ( ) Doença cardíaca crônica; | | | |
| ( ) Doença renal crônica; | | | |
| ( ) Hipertensão; | | | |
| ( ) Doença hepática crônica; | | | |
| ( ) Diabetes; | | | |
| ( ) Distúrbio de coagulação; | | | |
| ( ) Outras: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 3. Possui histórico de hipersensibilidade (alergias) ou reação anafilática? Favor identificar abaixo: | | | |
| ( ) Doses anteriores a vacina Influenza/gripe ( ) Sim ( ) Não | | | |
| ( ) Látex? ( ) Sim ( ) Não | | | |
| ( ) Outros? Descrever: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
| 4. O Plano Nacional de Imunização estabelece que será necessário um **intervalo mínimo de 14 dias entre a vacina do COVID–19 para a aplicação da vacina de Influenza/gripe.** | | | |
| Caso tenha recebido, qual a data da vacina de COVID;\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | | |
| **Dados ou etiqueta do cliente que receberá a vacina** | | | |
| Nome: | | | |
| E-mail: | | | |
| Idade: | | | |
| RG: | | | |
| **Dados do responsável (se menor de idade)** | | | |
| Nome: | | | |
| RG: | | | |
| Grau de parentesco: | | | |
|  | | | |
| Consinto com a aplicação da vacina e declaro que recebi o Informativo Pós Vacinal, com informações sobre os riscos decorrentes desta | | | |
|  | | | |
| Aplicação. Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | | | |
| **Informações Internas** | Lote: | Validade: | Local da Aplicação: |
| Nome da Vacina: |  |  |  |
|  |  |  |  |
| ( ) gestante ( ) puérpera ( ) profissional da saúde ( )professor | | | |
| Cidade/data: | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_. | | |
| Responsável pela aplicação: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |