

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|

|  |
| --- |
|  |

 | **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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |