

Questionário Para Vacinação Influenza Gripe

DATA: ___/___/___

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 crônica (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: _____