|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ***A picture containing logo  Description automatically generated***Nome:  | Data de nascimento:  | Idade:  | Língua preferida: |
| Tem seguro saúde? [ ] Sim [ ]  NãoSe sim: [ ]  Público [ ]  Privado  | Sexo: [ ]  Masculino [ ]  Feminino [ ] Não-Binário/X[ ] Transgénero [ ] Prefere não divulgar [ ] Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
| Raça:[ ] Nativo Indígena Americano ou nativo do Alasca[ ] Asiático [ ] Nativo do Havaí ou nativo de outra Ilha do Pacífico  | [ ] Negro ou afro-americano[ ] Branco [ ] Outra raça | Etnia: [ ] Hispânico/latino [ ] Não-hispânico/não-latino |
| Morada:  | Cidade/Código Postal:  | Telefone:  |
| ***Responda às seguintes perguntas sobre a pessoa mencionada acima.*** | **Sim** | **Não** |
| 1. Já alguma vez recebeu uma dose de vacina contra a COVID-19?

*Em caso afirmativo, será necessário apresentar a documentação***.** |[ ] [ ]
| 1. Apresentou, nos últimos 10 dias, sintomas como febre, calafrios, tosse, falta de ar, dificuldade em respirar, fadiga, dores de músculo ou corpo, dores de cabeça, perda dos sentidos de sabor e cheiro, dor de garganta, congestão ou nariz a pingar, náuseas, vómitos, ou diarreia?
 |[ ] [ ]
| 1. Foi-lhe aconselhado a ficar em isolamento ou em quarentena neste momento?
 | [ ]  |[ ]
| 1. Está imunocomprometido entre os níveis moderado a grave?
 | [ ]  |[ ]
| 1. Já alguma vez teve reacção alérgica grave (como anafilaxia)? Por exemplo, apresentou uma reacção que foi tratada com o medicamento epinefrina ou EpiPen, ou apresentou uma reacção que teve de ir rapidamente para o hospital.
 |[ ] [ ]
| 1. Já alguma vez teve reacção alérgica a uma vacina anterior contra a COVID-19? Por exemplo, apresentou erupção da pele, inchaço, ou respiração asmática dentro de um período de 4 horas logo após a vacinação?
 |[ ] [ ]
| 1. Tem histórico de saúde de inflamação do miocárdio ou inflamação do pericárdio?
 |[ ] [ ]
| 1. Recebeu terapia baseada em anticorpos passivos nos últimos 90 dias?
 |[ ] [ ]
| **PARA OS BENEFICIÁRIOS DA VACINA MAIORES DE 18 ANOS DE IDADE, OS ENCARREGADOS DEVEM VERIFICAR UMA DAS SEGUINTES OPÇÕES:**[ ]  As imunizações do meu filho **podem ser feitas sem** a minha presença.[ ]  As imunizações do meu filho só **podem ser feitas com** a minha presença.**AUTORIZAÇÃO PARA SER VACINADO*** Recebi uma cópia da Ficha Informativa de Autorização de Uso de Emergência, que já li e tive esclarecimentos sobre o assunto, e também compreendo os benefícios e riscos da vacina contra a COVID-19.
* Compreendo que um registo desta vacina será introduzido no Sistema de Informação de Imunização do Maine, ImmPact.
* Compreendo o aconselhamento de que devo permanecer no local hoje durante pelo menos 15 minutos após a vacina ser administrada.
* **Autorizo que a vacina contra a COVID-19 seja administrada à pessoa acima referida, ao assinar abaixo.**

X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do encarregado da pessoa a ser vacinada ou Assinatura do adulto a ser vacinado X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Assinatura do intérprete |

|  |
| --- |
| **APENAS PARA USO NO ESCRITÓRIO:** |
| **Dose**  | **Data de Administração da Dose** | **Fabricante da vacina** | **Número do lote** | **Volume da dose** | **Assinatura e Credenciais do Provedor de Vacinas** | **Posto de vacinação -****Deltóide** | **Rota** | **Data de EUA** |
| Dose 1\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Dose 2\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_Dose 3\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | / / |  |  |  |  | EsquerdaDireita | [ ] IM |  |
| Cartão de Vacinação contra a COVID-19 Concluído: [ ]  S [ ]  N | Temperatura:  |