



Enfermagem em Saúde Pública do Maine CDC
TRIAGEM DE SAÚDE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO – Vacina contra a COVID-19
Responda às seguintes perguntas sobre a pessoa a ser vacinada.

Nome:	Data de nascimento:	Idade:	Língua preferida:
Tem seguro saúde? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se sim: <input type="checkbox"/> Público <input type="checkbox"/> Privado	Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Não-Binário/X <input type="checkbox"/> Transgénero <input type="checkbox"/> Prefere não divulgar <input type="checkbox"/> Outros _____		
Raça: <input type="checkbox"/> Nativo Indígena Americano ou nativo do Alasca <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Nativo do Havai ou nativo de outra Ilha do Pacífico	<input type="checkbox"/> Negro ou afro-americano <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Outra raça	Etnia: <input type="checkbox"/> Hispânico/latino <input type="checkbox"/> Não-hispânico/não-latino	
Morada:	Cidade/Código Postal:	Telefone:	

Responda às seguintes perguntas sobre a <u>pessoa mencionada acima</u>.	Sim	Não
1. Já alguma vez recebeu uma dose de vacina contra a COVID-19? <i>Em caso afirmativo, será necessário apresentar a documentação.</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. 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, vômitos, ou diarreia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Foi-lhe aconselhado a ficar em isolamento ou em quarentena neste momento?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Está imunocomprometido entre os níveis moderado a grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. 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.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. 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?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Tem histórico de saúde de inflamação do miocárdio ou inflamação do pericárdio?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Recebeu terapia baseada em anticorpos passivos nos últimos 90 dias?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PARA OS BENEFICIÁRIOS DA VACINA MAIORES DE 18 ANOS DE IDADE, OS ENCARREGADOS DEVEM VERIFICAR UMA DAS SEGUINTE 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 ____/____/____	/ /					Esquerda Direita	<input type="checkbox"/> IM	
Dose 2 ____/____/____								
Dose 3 ____/____/____								
Cartão de Vacinação contra a COVID-19 Concluído: <input type="checkbox"/> S <input type="checkbox"/> N						Temperatura:		

Enfermagem em Saúde Pública do Maine CDC
TRIAGEM DE SAÚDE E FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO – Vacina contra a COVID-19
Responda às seguintes perguntas sobre a pessoa a ser vacinada.