

FICHA DE TRIAGEM - VACINAÇÃO COVID-19

NOME: _____

CPF: _____ Data de nascimento: __/__/____

Nome da mãe: _____

Como está sua saúde? _____

Grupo Prioritário: _____

Nas últimas 4 semanas, apresentou algum dos seguintes sintomas?	
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Dificuldade para respirar
<input type="checkbox"/> Tosse	<input type="checkbox"/> Anosmia (Perda do olfato)
<input type="checkbox"/> Espirro	<input type="checkbox"/> Ageusia (Perda do paladar)
<input type="checkbox"/> Coriza	<input type="checkbox"/> Diarreia
<input type="checkbox"/> Cefaleia	<input type="checkbox"/> Calafrio
<input type="checkbox"/> Congestão nasal	<input type="checkbox"/> Disfagia (dificuldade de engolir)
<input type="checkbox"/> Dor de garganta	<input type="checkbox"/> Mialgia/artralgia
<input type="checkbox"/> Adinamia (fraqueza)	<input type="checkbox"/> Náusea/vômito
<input type="checkbox"/> Nega ter apresentado qualquer dos sintomas	

Se teve algum sintoma, qual a data de início? ____/____/____.

Fez teste RT-PCR COVID nas últimas 04 semanas?	<input type="checkbox"/> Sim Resultado: ____ <input type="checkbox"/> Não
Possui histórico de desmaio súbito?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Está gestante ou Lactante?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se aplica
Possui alergia a Hidróxido de alumínio?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
É paciente oncológico?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Em caso afirmativo, o paciente deverá obrigatoriamente apresentar prescrição médica da vacina contra Covid-19	
Foi imunizado com alguma vacina nos últimos 14 dias?	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Paciente apto a receber vacina? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Adiar para ____/____/2021	<input type="checkbox"/> Contraindicada

Enfermeiro

Declaro que as informações contidas neste formulário foram prestadas por mim e são verídicas.

Declaro ainda ter sido orientado quanto aos possíveis efeitos adversos da vacina.

ATENÇÃO: o preenchimento do formulário só deve acontecer no dia da sua vacinação.

Paciente

São Luís – MA ____ de _____ 2021