

CIDADE DE BROCKTON
BOARD OF HEALTH

Nome do Paciente: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Questionário De Elegibilidade
Para
A Vacina Injectavel da Gripe H1N1

Para os pacientes adultos assim como os pais de crianças a serem vacinadas: As seguintes perguntas ajudarão nos a determinar se há alguma razão que não devemos dar a vacina à sua criança hoje. Se a resposta for “sim” para qualquer uma das perguntas, não quer dizer necessariamente que a sua criança não deve ser vacinada. Somente significa que precisamos de fazer mais perguntas. Se não compreender alguma das perguntas, por favor, pergunte ao seu médico para mais explicação.

	Sim	Não	Não Sei
1. A pessoa a ser vacinada está doente hoje?	___	___	___
2. A pessoa a ser vacinada é alérgica a:			
Ovos?	___	___	___
Thimerosal? (um preservativo encontrado em algumas vacinas e solução para lentes de contacto)	___	___	___
Gelatina?	___	___	___
3. A pessoa a ser vacinada alguma vez teve uma reação adversa à vacina contra a gripe?	___	___	___
4. A pessoa a ser vacinada teve o síndrome de “Guillain-Barr”?	___	___	___

Recebi a folha com a informação sobre a vacina e autorizo a administração da vacina contra a gripe H1N1
A sua assinatura abaixo confirma que é pai/mãe/encarregado de educação do paciente e que toda a informação no formulário está correcta.

Formulário preenchido por: _____ Data: _____
Pai/Encarregado

Form reviewed by: _____ Date: _____
Nurse

Portuguese

Technical content reviewed by the Centers for Disease Control and Prevention. September 2009.

Adapted by MDPH from **Screening Questionnaire** for Injectable Vaccination from the Immunization Action Coalition (9-09)--www.immunize.org
