

Lista de verificação pré-vacinação para vacinas contra a COVID-19



Para usuários da vacina:

Estas perguntas nos ajudarão a definir se há algum motivo para você não tomar a vacina contra a COVID-19 hoje. **Responder “sim” a qualquer pergunta não significa necessariamente que você não deve tomar a vacina**, mas apenas que será necessário fazer algumas outras perguntas. Se alguma pergunta não estiver clara, peça esclarecimento a seu profissional da saúde.

Nome _____

Idade _____

	Sim	Não	Não sei
1. Você está se sentindo mal hoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Você já tomou uma dose da vacina contra a COVID-19? <ul style="list-style-type: none">Caso tenha tomado, qual produto de vacina você recebeu? <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Outro produto _____Você trouxe sua caderneta ou outro documento de vacinação? (sim/não)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Você já teve alguma reação alérgica a: <i>(Inclui uma reação alérgica grave — por exemplo, anafilaxia — que tenha exigido tratamento com epinefrina, EpiPen® ou hospitalar. Também inclui uma reação alérgica que tenha causado urticária, inchaço ou dificuldade respiratória, inclusive respiração ruidosa.)</i> <ul style="list-style-type: none">Um componente de uma vacina contra a COVID-19, incluindo um dos seguintes:<ul style="list-style-type: none">Polietileno glicol (PEG), encontrado em alguns medicamentos como laxantes e preparações para procedimentos de colonoscopiaPolisorbato, encontrado em algumas vacinas, comprimidos revestidos por película e esteroides intravenososUma dose anterior de vacina contra a COVID-19	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Você já teve alguma reação alérgica a outra vacina (<i>diferente da vacina contra a COVID-19</i>) ou a um medicamento injetável? <i>(Inclui uma reação alérgica grave — por exemplo, anafilaxia — que tenha exigido tratamento com epinefrina, EpiPen® ou hospitalar. Também inclui uma reação alérgica que tenha causado urticária, inchaço ou dificuldade respiratória, inclusive respiração ruidosa.)</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Marque todas as opções aplicáveis a seu caso: <ul style="list-style-type: none"><input type="checkbox"/> Sou mulher e tenho entre 18 e 49 anos de idade<input type="checkbox"/> Sou homem e tenho entre 12 e 29 anos de idade<input type="checkbox"/> Tenho histórico de miocardite ou pericardite<input type="checkbox"/> Tive uma reação alérgica grave a alguma outra coisa além da vacina ou terapia injetável, como alimentos, animais de estimação, venenos, alergias ambientais ou a medicamento de administração oral<input type="checkbox"/> Tive COVID-19 e recebi tratamento com anticorpos monoclonais ou soro convalescente<input type="checkbox"/> Recebi diagnóstico positivo de síndrome inflamatória multissistêmica (MIS-C ou MIS-A) após infecção de COVID-19<input type="checkbox"/> Tenho um sistema imune comprometido (ou seja, infecção por HIV, câncer) ou uso medicamentos ou terapias imunossupressores<input type="checkbox"/> Tenho um distúrbio hemorrágico<input type="checkbox"/> Tomo um afinador de sangue<input type="checkbox"/> Tenho histórico de trombocitopenia induzida por heparina (HIT)<input type="checkbox"/> Estou grávida ou amamentando<input type="checkbox"/> Fiz preenchimentos dérmicos<input type="checkbox"/> Histórico de síndrome de Guillain-Barré (SGB)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Formulário analisado por _____

Data _____