



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL MUNICÍPIO DE
PELOTAS SECRETARIA DE SAÚDE

Diretoria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Núcleo Municipal de Imunização

Preenchimento em letra de forma pelo paciente:

Nome: _____ CPF/ Cartão SUS: _____

Telefone: _____

Preenchimento pelo profissional

Nome do Profissional: _____

Perguntas Básicas:

- 1- Teve sinais e sintomas de covid-19 há menos de 30 dias? () sim () não
- 2- Tem ou teve febre nas últimas 24 horas? () sim () não
- 3- Possui doenças agudas febris moderadas ou graves? () sim () não
- 4- Possui algum tipo de alergia? () sim () não
Se sim: Qual? _____
- 5- Faz uso de imunoglobulina humana ? () sim () não
- 6- É portador de Doenças Reumáticas Imunomediadas (DRIM)? () sim () não
- 7- É paciente oncológico em vigência de tratamento ou monitoramento, transplantado ou demais imunossuprimido? () sim () não

Se **SIM** para qualquer uma das perguntas, o paciente apresenta atestado médico com liberação para a imunização? () sim () não

Se **NÃO** possui, **NÃO VACINAR** no momento.

() APTO () NÃO APTO

Contraindicação para este grupo

- Hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer dos excipientes da vacina.
- Pacientes que fazem uso de imunoglobulina humana devem ser vacinados com, pelo menos, um mês de intervalo entre a administração da imunoglobulina e a vacina, de forma a não interferir na resposta imunológica.

#CORONAVAC

Excipientes: hidróxido de alumínio, hidrogenofosfato dissódico, di-hidrogenofosfato de sódio, cloreto de sódio, água para injetáveis e hidróxido de sódio para ajuste de pH. Este produto não contém conservantes.

#ASTRAZENECA

Excipientes: L-Histidina, cloridrato de L-histidina monoidratado, cloreto de magnésio hexaidratado, polissorbato 80, etanol, sacarose, cloreto de sódio, edetato dissódico di-hidratado (EDTA) e água parainjetáveis.

Data : ___ / ___ / 2021 Ass Profissional responsável: _____



ESTADO DO RIO GRANDE DO SUL MUNICÍPIO DE
PELOTAS SECRETARIA DE SAÚDE

Diretoria de Vigilância em Saúde
Departamento de Vigilância Epidemiológica
Núcleo Municipal de Imunização

COMPROVANTE DE VACINAÇÃO

Preenchimento em letra de forma pelo paciente:

Nome: _____ **Data de Nasc:** ____ / ____ / ____
Sexo: () Fem () Masc **Raça:** () Branca () Negra () Parda () Indígena () Amarela
Cartão SUS: _____ **CPF:** _____
Fone: _____ **Nome da Mãe:** _____
Endereço: _____ **Nº** _____ **Complemento:** _____
Bairro: _____ **CEP:** _____ **País:** _____ **UF de resid:** _____
Município de resid: _____ **Zona de resid:** () Rural () Urbana

Preenchimento pelo profissional

Nome do Profissional: _____

Covid - 19	Lote	Laboratório	Validade	Data da Aplicação Assinatura
Dose 1				
Dose 2				