

Lista de triagem para contraindicações às vacinas para adultos

NOME DO PACIENTE: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____
Dia Mês Ano

Para pacientes: O seguinte questionário irá nos ajudar a determinar hoje quais vacinas serão administradas a você. Se você responder "sim" para qualquer uma das questões, isto não significa, necessariamente, que você não poderá ser vacinado. Porém, apenas resultará no acréscimo de algumas questões a serem feitas. Caso a questão não esteja clara, por favor, solicite ao seu assistente médico um melhor esclarecimento.

	Sim	Não	Não sei
1. Você está doente, hoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Você possui alguma alergia a medicamentos, alimentos, componente vacinal, ou algum látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Você já teve alguma reação negativa após receber uma vacina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Você possui algum problema de saúde de longo prazo como doença cardíaca, doença pulmonar, asma, doença renal, doenças metabólicas (p. ex.: Diabetes), anemia ou alguma enfermidade sanguínea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Você tem câncer, leucemia, HIV/AIDS, ou qualquer outro problema no sistema imunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Nos últimos 3 meses, você tomou algum medicamento que afetasse seu sistema imunológico, como a Prednisona, outros esteroides, ou drogas anticâncer; drogas para o tratamento de artrite reumatoide, doença de Crohn, ou Psoríase; ou, por fim, você passou por algum tratamento de radiação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Você já teve algum distúrbio convulsivo, cerebral ou outra complicação no sistema nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Durante o ano passado, você fez alguma transfusão de sangue ou de qualquer componente derivado desse, ou recebeu alguma imunização (gama) globulina ou alguma droga antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Destinado às mulheres: Você está grávida ou há alguma possibilidade de você ficar grávida durante o próximo mês?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Você recebeu alguma vacina nas últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

FORMULÁRIO PREENCHIDO POR: _____ DATA _____

FORMULÁRIO REVISADO POR: _____ DATA _____

Você trouxe o seu cartão de registro de imunização? Sim Não

É importante que você tenha seu registro pessoal de vacinação. Caso você ainda não possua um, solicite ao seu médico para lhe providenciar. Mantenha esse registro em um lugar seguro e leve-o sempre que você for procurar assistência médica. Certifique-se, também, que sua assistência médica registre todas as suas vacinações nele.

Okochi-Naika-Clinic, Endereço: 6-7 Kamikira, Sakuragata, Sobue-cho, Inazawa, Aichi
495-0015, Japão
TEL: 0587-97-8300, Homepage: <http://www.okochi-cl.com/>