

Lista de triagem para contraindicações às vacinas para crianças e adolescentes

NOME DO PACIENTE: _____

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

Destinado aos pais/tutores: O seguinte questionário irá nos ajudar a determinar quais vacinas serão administradas hoje em seu(sua) filho(a). Se você responder “sim” para qualquer uma das questões, isto não significa, necessariamente, que seu(sua) filho(a) 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. Hoje, o seu(a sua) filho(a) está doente?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. O seu(a sua) filho(a) possui alguma alergia a medicamentos, alimentos, componente vacinal, ou algum látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. O seu(a sua) filho(a) já teve alguma reação negativa após receber uma vacina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. O seu(a sua) filho(a) já teve algum problema de saúde no pulmão, coração, rim ou alguma doença metabólica (p. ex.: Diabetes), asma, ou alguma desordem sanguínea? Ele/Ela está em algum tratamento de longo prazo com o uso de aspirina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Se a criança a ser vacinada tem de 2 a 4 anos de idade, a assistência médica disse-lhe que ela teve pieira (bronquite) ou asma nos últimos 12 meses?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Se seu(a sua) filho(a) é um recém-nascido, você já foi informado (a) se ele ou ela teve Intussuscepção?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Algum irmão, irmã ou um dos pais da criança/adolescente, já teve algum distúrbio convulsivo; a criança/adolescente já teve algum problema cerebral ou algum outro problema no sistema nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. O seu(a sua) filho(a) tem câncer, leucemia, HIV/AIDS, ou outro problema no sistema imunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. 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"/>
10. Durante o ano passado, seu(sua) filho(a) 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"/>
11. A criança/adolescente está grávida ou há alguma possibilidade de ela ficar grávida durante o próximo mês?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. O seu/sua filho (a) 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 possuir um registro pessoal das vacinações do seu(da sua) filho(a). Caso você ainda não possua um, solicite ao médico do seu(da sua) filho(a) para que providencie um registro com todas as vacinas assinaladas nele. Mantenha esse registro em um lugar seguro e leve-o toda vez que você for procurar alguma assistência médica para o seu(a sua) filho(a) precisará deste documento para entrar em uma creche ou escola, emprego, ou para viagens internacionais.

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/>

