

**Preencher somente o quadrado em negrito do formulário original tendo como modelo a tradução**

Questionário preliminar e cupom da vacina preventiva contra Coronavírus

6年度 コロナウイルス予防接種予診票兼接種券記入例 - ポルトガル語版

Endereço  Nome da pessoa que irá aplicar a vacina	número	
	Data de nascimento	
	Nº telefone	
	Temperatura corporal (antes do exame médico)	° 度.                      分

Responda o questionário abaixo circulando as resposta com [ Sim ou Não ]. Preenche-lo à caneta.	Resposta		Anotação médica	U T I L I Z A R  A P Ó S  C O M P L E T A R  65 A N O S.
	Sim	Não		
1. Já completou 65 anos ?	Sim	Não		
2. Leu o informativo enviado pela cidade sobre a vacina preventiva do Coronavírus que irá aplicar hoje?	Sim	Não		
3. Compreendeu sobre os resultados e os efeitos colaterais da vacina preventiva que irá aplicar hoje?	Sim	Não		
4. No momento, está doente? nome da doença ( )	Sim	Não		
Está em tratamento médico ou tomando remédios?	Sim	Não		
O médico responsável que está acompanhando a doença autorizou a aplicação da vacina de hoje?	Sim	Não		
5. Está se sentindo mal hoje ? escreva os sintomas ( )	Sim	Não		
6. Tem alergia ( erupções cutânea ou urticária )ou já passou mal com remédios ou alimentos ?	Sim	Não		
7. Já aplicou a vacina preventiva contra Coronavírus ?	Sim	Não		
① Quando aplicou a vacina , chegou a passar mal após a aplicação ?	Sim	Não		
② Excluindo a vacina contra Coronavírus , já passou mal após aplicar alguma vacina preventiva ?	Sim	Não		
8. Já teve convulsão?	Sim	Não		
9. Aplicou alguma vacina preventiva nos últimos 30 dias? nome da vacina ( ) data de vacinação ( )	Sim	Não		
10. Já teve doenças cardíacas, renais, hepáticas, sanguíneas ou outras doenças anteriormente? Nome da doença ( )	Sim	Não		
O médico responsável que está acompanhando a doença, ele autorizou a aplicação da vacina de hoje?	Sim	Não		
11. No últimos 30 dias, teve febre ou estava doente? Nome da doença ( )	Sim	Não		
12. Tem alguma pergunta ou dúvida sobre a vacina de hoje?	Sim	Não		

**Espaço preenchido pelo médico**

Com a avaliação ao questionário acima e o resultado do exame médico, a vacina de hoje: [  será aplicada ·  será adiada ]  
Foi explicado para o próprio dos efeitos e das reações colaterais da vacina preventiva e também sobre o sistema de assistência dos danos à saúde providos da vacina preventiva.

Assinatura do médico responsável.....

<b>Vacina aplicada</b>	Nome da instituição médica	
Loto Nº	Nome do médico	
Direita ; Esquerda ( Vacina subcutânea ) ml	Data da vacinação	Reiwa...../ano...../mês...../dia

Validade : 1/10/2024 ~ 28/2/2025

**Autorização para aplicar a vacina ( preencher somente após ter o resultado do exame médico e diagnosticado que poderá aplicar a vacina )**

Após ser examinado e sendo ciente dos efeitos benéficos e colaterais em minha saúde eu :

[ **aceito** · **não aceito** ] a aplicação da vacina preventiva.

Este questionário preliminar, tem como objetivo manter a segurança da vacinação.

Estando ciente, autorizo a apresentação deste formulário à prefeitura local.

Data: Reiwa    /ano    /mês    /dia                      \* Assinatura:                      ( preencher sem falta!!)

( Quando a pessoa alva da vacina não conseguir assinar, o responsável deverá preencher o nome da pessoa alva da vacina, e assinar no espaço reservado para o responsável ,descreva a relação de parentesco que tem com a pessoa alva da vacina. )

Recortar na linha pontilhada

**Comprovante de vacinação da vacina preventiva contra a influenza**

\*Documento sem preenchimento é inválido.

Endereço	Data da vacinação	
	Nome da instituição médica	
Nome	Nome do médico	
Data nasc.	Loto Nº	