

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

Questionário preliminar e cupom da vacina preventiva contra Influenza

7年度 インフルエンザ予防接種予診票兼接種券記入例 - ポルトガル語版

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

| Responda o questionário abaixo circulando as resposta com [ Sim ou Não ]. Preenche-lo à caneta.       |  | Resposta |     | Anota<br>ção<br>médica | U<br>T<br>I<br>L<br>I<br>Z<br>A<br>R<br><br>A<br>P<br>Ó<br>S<br><br>C<br>O<br>M<br>P<br>L<br>E<br>T<br>A<br>R<br><br>65<br>A<br>N<br>O<br>S. |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------|-----|------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                                                                                       |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| 1. Já completou 65 anos ?                                                                             |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| 2.Leu o informativo sobre a vacina preventiva da influenza 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. Já foi diagnosticado de imunodeficiência congênita?                                                |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| 6. Está se sentindo mal hoje? escreva os sintomas ( )                                                 |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| 7. Tem alergia à carne de frango ou ovos, etc?                                                        |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| 8. Já aplicou a vacina preventiva contra influenza anteriormente?                                     |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| ① Quando aplicou a vacina, chegou a passar mal após a aplicação?                                      |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| ② Excluindo a vacina contra influenza, já passou mal após aplicar alguma vacina preventiva?           |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| 9. Já teve convulsão?                                                                                 |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| 10.Aplicou alguma vacina preventiva nas ultimas 4 semanas? nome da vacina ( )                         |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| 11. Sofre de bronquite asmática ? Já teve a doença anteriormente ou está sofrendo atualmente?         |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| 12. Já teve doenças cardíacas, renais, hepáticas, sanguíneas ou outras doenças anteriormente?         |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| Nome da doença ( )                                                                                    |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| O médico responsável que está acompanhando a doença, ele autorizou a aplicação da vacina de hoje?     |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| 13. No ultimos 30 dias, teve febre ou estava doente?                                                  |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| Nome da doença ( )                                                                                    |  | Sim      | Não |                        |                                                                                                                                              |
| 14. 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 N°<br><br>Direita ; Esquerda<br>( Vacina subcutânea )   0.5ml | Nome do médico             |                                  |
|                                                                    | Data da vacinação          | Reiwa_____/ano_____/mês_____/dia |

Validade : 1/10/2025 ~ 31/1/2026

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

Após o exame e ter recebido a explicação médica, estando ciente dos efeitos e objetivos; da possibilidade de haver graves reações colaterais, solicito a:

[ aplicação • não 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 N°                    |  |

Prefeito Municipal de Chiryu