Formulário para exame de anticorpos

風しん抗体検査 (ポルトガル語)

※preencher os dados abaixo

※Este formulário foi elaborado pelo Governo para realizar o exame de anticorpos para os homens nascidos entre 2 /4/ 1962 e 1/4/1979.

endereço registrado na prefeitura	provincia		cidade
Nome			M . F
data de nascimento	ano	mês	data (anos)

(クーポン券貼付)

Questionário	resposta		comentário do médico
0 endereço onde mora atualmente é o mesmo do cupom recebido?	não	sim	
Já contraiu rubéola alguma vez?	sim	não	
(resposta 「sim」) tem algum documento que consta os resultados do exame de anticorpos ou que confirme a doença?	sim	não	
Realizou o exame de anticorpos após o dia 1/4/2014?	sim	não	
(resposta 「sim」) Tem os resultados do exame ?	sim	não	
Já realizou as vacinas rubéola ou sarampo . Rubéola misto (MR) ou sarampo . Rubéola . Caxumba (MMR) (contando tudo) mais de 1 vez?	sim	não	
(resposta 「sim」) Tem o registro das vacinas? Tipos de vacina (circular as realizadas) (Rubéola . vacina MR(sarampo ,rubéola) . vacinaMMR sarampo. Caxumba. rubéola)	sim	não	

Permissão para realizar o exame de anticorpos.

marcar o abaixo caso não queira realizar o exame. Se não estiver marcado estará de acordo em realizar o exame.

eu **não** permito a realização do exame de anticorpos para rubéola

Consentimento para manusear dados pessoais.

Este formulário será enviado ao município, à Associação central nacional do seguro de saúde e à Associação nacional do seguro de saúde.

Iremos manusear os dados pessoais com cuidado seguindo as leis. Caso esteja de acordo e ciente pedimos para assinar abaixo

(No caso de não constar a assinatura não poderá realizar a vacina gratuitamente)

ano mês data ass

(※É Quando não for possível assinar, pedimos a assinatura do responsável)

preenchimento médico	Declaro que o resultado do exame de anticorpos do paciente foi (positivo . negativo . desconhecido, sem registros) .		
	No caso de 「positivo」 declaro que o paciente é (apto . não apto) para 5o. Temporada de vacinação de rubéola		
	Histórico de vacinação (possui . não possui . desconhecido sem registros).		
	No caso 「possui」 o histórico de vacinação é conforme abaixo		
	1o. vez :	tipo de vacina (Rubéola . vacinaMR . vacinaMMR)	data (ano mês dia)
	2o. vez :	tipo de vacina (Rubéola . vacinaMR . vacinaMMR)	data (ano mês dia)
	Conforme os resultados acima, declaro que o paciente (<u> necessita . não necessita </u>) da vacina.		
	assinatura do médico		

Resultado (※vide verso público alvo 2)		resultado final (circular um item)	Local . instituição médica . data do exame														
método :			Local	<table border="1" style="width: 100%;"> <tr> <td colspan="6" style="text-align: center;">医療機関等コード</td> </tr> <tr> <td style="width: 15%;"> </td> </tr> </table>			医療機関等コード										
医療機関等コード																	
Anticorpo	unidade	5o. temporada de vacinação de rubéola apto	Médico														
	duplo . EIA . IU/mL . Outros ()	5o. temporada de vacinação de rubéola não apto	Data do exame (西曆)	ano	mês	dia											
No. Do exame (※vide verso público alvo 1)																	
☐ 1	☐ 2	☐ 3	☐ 4	☐ 5	☐ 6	(Marcar ☐ com preto (■) conforme o exame realizado)											

Para pessoas que foram declaradas 「público alvo」 segundo o resultado do exame de anticorpos de rubéola

Você foi declarado público alvo para receber a vacina da 5o. Temporada de vacinação de rubéola **Leve este formulário**, na instituição médica e realize a vacina de rubéola.