## Prefeitua Municipal de Caçapava - Secretaria de Saúde

## ESTADO DE SÃO PAULO

| VACINA COVID 19  |           |         |
|--|-----------|---------|
| AGENDAMENTO  |           |         |
| SENHA:   |           |         |
| DATA :/ HORÁRIO:   |           |         |
| NOME:  |           |         |
| NOME DA MÃE:   |           |         |
| № CARTAO SUS:  | _ CPF:    |         |
| DATA NASCIMENTO:/ RG: _  |           |         |
| ENDEREÇO:  |           |         |
| Nº COMPLEMENTO:  | BAIRRO:   |         |
| CEP: TELEFONE: ()  |           |         |
| PROFISSÃO:   |           |         |
| LOCAL DE TRABALHO:   |           |         |
| RESPONSÁVEL PELA VACINAÇÃO:  |           |         |
| ENFERMEIRA:  |           |         |
| COREN:   |           |         |
| HOSPITAL:  |           |         |
| LOTE:  |           |         |
| FABRICANTE:  |           |         |
| RESPONDER:   |           |         |
| 1) ESTÁ GRÁVIDA?   | SIM ( )   | NÃO ( ) |
| SE SIM, NÃO VACINAR POR ENQUANTO.  | ` ,       | , ,     |
| 2) PRETENDE ENGRAVIDAR?  | SIM ( )   | NÃO ( ) |
| 3) ESTÁ AMAMENTANDO?   | SIM ( )   | NÃO ( ) |
| SE SIM, PROVAVELMENTE PODE SER VACINADA,   | SIIVI ( ) | NAO ( ) |
| PORÉM NÃO HÁ ESTUDOS   |           |         |
| POREIVI NAO HA ESTUDOS   |           |         |
| 4) TEVE FEBRE NAS ULTIMAS 24H (>37,5°)?  | SIM ( )   | NÃO ( ) |
| 5) ESTÁ COM FEBRE (>37,5°)?  | SIM ( )   | NÃO ( ) |
| *GRÁVIDAS E LACTANTES NÃO FIZERAM PARTE DE NENHUM GRUPO DE ESTUDOS DAS<br>VACINAS CONTRA A COVID 19. ESTA NÃO É UMA CONTRAINDICAÇÃO ABSOLUTA PARA SEU<br>USO. A DECISÃO DE VACINAR OU NÃO DEVE SER INDIVIDUAL E DISCUTIDA COM SEUS<br>OBSTETRAS E PEDIATRAS, PESANDO A RELAÇÃO RISCO X BENEFÍCIO |           |         |

REGISTRO DE DADOS: