



CAMPANHA CONTRA A COVID-19



Data: ____/____/____

Primeira dose Segunda dose

Unidade de saúde/CNES: _____

Nome completo: _____

Nome da Mãe: _____

Data Nascimento: ____/____/____

Telefone: _____

Gênero: _____

Raça/cor: _____

CPF: _____

Cartão SUS : _____

Ocupação/Profissão: _____

Endereço Completo: _____

Nas últimas 72 horas, apresentou febre ou esteve doente?

SIM

NÃO

Nas últimas duas semanas, você testou positivo para COVID-19?

SIM

NÃO

Você tem ou já teve reação alérgica a algum tipo de vacina?

SIM

NÃO

Se sim, qual(is)? _____

Você já recebeu outro tipo de vacina contra a COVID-19?

SIM

NÃO

Se sim, qual(is)? _____

Nas últimas duas semanas, você recebeu outro tipo de vacina?

SIM

NÃO

Se sim, qual(is)? _____

Você está grávida ou existe a chance de estar grávida? SIM

NÃO

NÃO SE APLICA

Você teve filho há menos de 45 dias (puérpera)? SIM

NÃO

NÃO SE APLICA

Você está amamentando? SIM

NÃO

NÃO SE APLICA

Você possui alguma(s) condição de saúde dentre as listadas abaixo?

Cardiopatia

Obesidade (IMC \geq 40)

Doença Hepática

Diabetes Mellitus

Pneumopatia

Doença Hematológica

Doença Neurológica

Imunodepressão

Síndrome de Down

Doença Renal

Asma

Outra(s): _____

Assinatura do Paciente