



Registro de Vacinação
Consentimento de Informações para Vacinação

Data: _____

Vacina Solicitada: _____

SEÇÃO A: INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA (Escreva Nitidamente)

Nome Completo: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: ____ Gênero: Feminino Masculino

Endereço: _____ Cidade: _____

Estado: _____ Código Postal: _____

Telefone: (____) _____ - _____ E-mail: _____

INFORMAÇÃO SOBRE CLINICO GERAL (Escreva Nitidamente)

Nome do Medico: _____ Telefone: (____) _____ - _____

Endereço: _____ Cidade: _____ Estado: _____

SEÇÃO B: INFORMAÇÕES DE SEGURO MEDICO (Escreva Nitidamente)

Companhia de Seguro Medico: _____ Telefone: (____) _____ - _____

Endereço: _____

Numero do Cadastro: _____ Numero do Grupo: _____

Nome do Cadastrado: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

SEÇÃO C: As perguntas a seguir nos ajudarão a determinar sua qualificação para ser vacinado hoje.

Todas as Vacinas

1. Você se sente doente hoje?	Sim	Não
2. Você tem algum problema de saúde como: doenças cardíacas, diabetes ou asma? Se sim, por favor liste: _____	Sim	Não
3. Você tem alergia a látex, medicamentos, alimentos ou vacinas? (Exemplos: ovos, proteína bovina, gentamicina, polimixina, neomicina, fenol, levedura ou timerosal)?	Sim	Não
4. Você já teve alguma reação após receber uma vacina, incluindo desmaio ou tontura?	Sim	Não
5. Você já teve convulsões e toma medicamentos, um distúrbio cerebral, síndrome de Guillain-Barre (uma condição que causa paralisia) ou outros problemas do sistema nervoso?	Sim	Não
6. Para Mulheres: Você está grávida ou está pensando em engravidar no próximo mês?	Sim	Não

Vacinas Vivas (Varicela, spray nasal para gripe, sarampo, caxumba, rubéola, febre tifoide, herpes, febre amarela)

Responda essas perguntas apenas se estiver recebendo as vacinas mencionadas acima.

7. Você recebeu vacinas ou testes cutâneos (exemplo: tuberculose) nas últimas quatro semanas? Se sim, por favor liste: _____	Sim	Não
8. Você tem uma condição medica que pode enfraquecer seu sistema imunológico (por exemplo, câncer, leucemia, linfoma, HIV / AIDS, transplante)?	Sim	Não
9. Você está atualmente tomando infusões em casa, injeções semanais como Humira (adalimumabe), Remicade (infiximabe) e Enbrel (etanercept), metotrexato em altas doses, azatioprina ou 6-mercaptopurina, antivirais, medicamentos anticâncer ou tratamentos com radiação?	Sim	Não

10. Você está atualmente tomando terapia com esteróides em altas doses (prednisona > 20mg / dia ou equivalente) por mais de 2 semanas?	Sim	Não
11. Você recebeu uma transfusão de sangue, produtos sanguíneos ou recebeu um medicamento chamado imunoglobulina (gama) globulina no ano passado?	Sim	Não
12. (APENAS PARA VACINA CONTRA FEBRE AMARELA) Você tem histórico de doença do timo (incluindo miastenia gravis, síndrome de DiGeorge ou timoma) ou o seu timo foi removido? (apenas febre amarela)	Sim	Não
13. (APENAS PARA VACINA CONTRA FEBRE TIGOIDE) Você está atualmente tomando antibióticos ou medicamentos antimaláricos? (Apenas febre tifóide oral)	Sim	Não
14. (Somente para vacina contra Sarampo, Caxumba e Rubéola) Você tem histórico de trombocitopenia ou trombocitopenia púrpura?	Sim	Não
Spray Nasal Para Gripe (FluMist Quadrivalent)		
15. Você está tomando remédios com aspirina ou terapia contendo aspirina? (Apenas 18 anos de idade ou menos)	Sim	Não
16. Você tem uma condição nasal que dificulta sua respiração, como um nariz muito entupido? (Apenas para FluMist)	Sim	Não

SEÇÃO D:

Li ou explicaram para mim a Declaração de Informações sobre a Vacina (VIS) da vacina que solicitei. Eu tive a chance de fazer perguntas e compreendo os benefícios e riscos da vacina. Solicito que a vacina seja dada a mim ou à pessoa mencionada acima para quem estou autorizado a fazer essa solicitação. Autorizo a divulgação de qualquer informação médica ou outra necessária para processar uma reivindicação de seguro. Li e concordo com as leis de privacidade da Cidade de Danbury. Entendo que, se meu seguro não cobrir totalmente a taxa para esta vacinação, a Cidade de Danbury poderá me cobrar o saldo da taxa.

Assinatura do Paciente: _____ Data: _____

Nome dos pais / responsável: _____
(Pais ou responsável, so o paciente e de menor)

FOR CLINIC USE ONLY

Complete BEFORE vaccine administration	
1. I have reviewed the Patient Information and Screening Questions .	Initial Here: _____
2. This is the Vaccine Requested by the patient.	Initial Here: _____
3. This vaccine is appropriate for this patient based on the Age Guidelines provided by federal and state policies.	Initial Here: _____
3a. Does this patient have a high-risk medical condition? If yes, please list medical condition(s): _____	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
4. The Vaccine NCD Matches the NDC on the bottom of this VAR form and the NDC on the patient leaflet	Initial Here: _____
5. I have verified the Expiration Date is greater than today's date and have entered the Lot # and Expiration Date in the field below.	Initial Here: _____

Complete DURING Patient Interaction	
1. I have asked the patient to confirm their Name, DOB, and Requested Vaccine . I have verified it matches the information on the VAR form.	Initial Here: _____
2. I have reviewed the Screening Questions with the patient.	Initial Here: _____
3. I have reviewed the VIS with the patient.	Initial Here: _____

Administration Date	VIS Date	VIS Given Date	Site of Administration	Immunizer Name	Immunizer Signature
Clinic Address: _____					

Vaccine Name	NDC	Manufacturer	Lot Number	Expiration Date	Dosage

Insert Vaccine Information Sticker Here:
 (Vaccine Name, NDC, Manufacturer, Lot Number, Expiration Date, Dosage)