



CAMPANHA VACINA COVID-19



IMPRESSO PARA CADASTRO

#VacinaJá

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) Primeira dose ( ) Segunda dose

Unidade de saúde/CNES: \_\_\_\_\_

Nome completo sem abreviar: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Gênero: \_\_\_\_\_ Raça/cor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Nome mãe (sem abreviar) \_\_\_\_\_

Ocupação/Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Nas últimas 72 horas, apresentou febre ou esteve doente? SIM NAO

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

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

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

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

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

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

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

Você está grávida ou existe a chance de estar grávida? SIM NAO NAO SE APLICA

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

Você está amamentando? SIM NAO NAO SE APLICA

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

Cardiopatia

Obesidade (IMC a40)

Doença Hepática

Diabetes Mellitus

Pneumopatia

Doença Hematológica

Doença Neurológica

Imunodepressão

Síndrome de Down

Doença Renal

Asma

Outra

e-mail: \_\_\_\_\_