

Questionário de Triagem para Imunização

Para a vacina Influenza inativada

As seguintes perguntas nos ajudarão a determinar se você pode receber a vacina hoje. Responda da melhor forma possível. Se uma pergunta não for clara, peça explicação à equipe de enfermagem.

	Sim	Não	Não sei
1. Perguntas de triagem de COVID-19.			
<u>SE RESPONDER SIM A QUALQUER UMA DESTAS PERGUNTAS SOBRE A COVID, VOCÊ NÃO DEVERÁ COMPARECER À CLÍNICA DE IMUNIZAÇÃO CONTRA GRIPE</u>			
◆ Você teve algum dos seguintes sintomas nas últimas 48 horas: febre ou calafrios, tosse, falta de ar ou dificuldade respiratória, fadiga, dores musculares ou corporais, dor de cabeça, nova perda de paladar ou olfato, dor de garganta, congestão ou corrimento nasal, náuseas, vômitos ou diarreia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Nos últimos 14 dias, você esteve em contato próximo (a 2 metros ou menos de distância durante pelo menos 15 minutos) com uma pessoa que teve COVID-19 ou com alguém que tenha sintomas consistentes com COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Você está em isolamento ou em quarentena porque pode ter se exposto a uma pessoa com COVID-19 ou está preocupado(a) que possa estar doente com COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Você está aguardando os resultados de um teste de COVID-19?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
2. Você tem atualmente alguma doença moderada ou grave?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Doenças leves (como infecções do trato respiratório superior ou diarreia) NÃO são contraindicações para a vacinação. Não recuse a vacinação se uma pessoa estiver tomando antibióticos.</i>			
<hr/>			
3. Já teve alguma reação anafilática ou alérgica a uma dose anterior de vacina contra a Influenza (gripe)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Uma reação anafilática ou alérgica incluiria sintomas como urticária, respiração ofegante ou dificuldade em respirar, colapso circulatório ou choque (sem desmaio) ou uma temperatura $\geq 39,4^{\circ}\text{C}$ (103°F).</i>			
<hr/>			
4. Você já teve uma reação anafilática ou alérgica a:			
◆ Timerosal (um conservante em algumas vacinas)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Ovos ou produtos derivados do ovo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Gelatina?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
◆ Látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<hr/>			
5. Já teve síndrome de Guillain-Barré?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<i>Uma doença que apresenta fraqueza muscular súbita e certa perda de sensibilidade nos dedos das mãos e dos pés.</i>			
<hr/>			