|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***A picture containing logo  Description automatically generated***Nome: | | Data de nascimento: | | Idade: | | Língua preferida: | | |
| Tem seguro saúde? Sim  Não  Se sim:  Público  Privado | | Sexo:  Masculino  Feminino Não-Binário/X  Transgénero Prefere não divulgar Outros \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | |
| Raça:  Nativo Indígena Americano ou nativo do Alasca  Asiático  Nativo do Havaí ou nativo de outra Ilha do Pacífico | | | Negro ou afro-americano  Branco  Outra raça | | Etnia:  Hispânico/latino  Não-hispânico/não-latino | | | |
| Morada: | | Cidade/Código Postal: | | Telefone: | | | | |
| ***Responda às seguintes perguntas sobre a pessoa mencionada acima.*** | | | | | | **Sim** | **Não** |
| 1. Já alguma vez recebeu uma dose de vacina contra a COVID-19?   *Em caso afirmativo, será necessário apresentar a documentação***.** | | | | | |  |  |
| 1. Apresentou, nos últimos 10 dias, sintomas como febre, calafrios, tosse, falta de ar, dificuldade em respirar, fadiga, dores de músculo ou corpo, dores de cabeça, perda dos sentidos de sabor e cheiro, dor de garganta, congestão ou nariz a pingar, náuseas, vómitos, ou diarreia? | | | | | |  |  |
| 1. Foi-lhe aconselhado a ficar em isolamento ou em quarentena neste momento? | | | | | |  |  |
| 1. Está imunocomprometido entre os níveis moderado a grave? | | | | | |  |  |
| 1. Já alguma vez teve reacção alérgica grave (como anafilaxia)? Por exemplo, apresentou uma reacção que foi tratada com o medicamento epinefrina ou EpiPen, ou apresentou uma reacção que teve de ir rapidamente para o hospital. | | | | | |  |  |
| 1. Já alguma vez teve reacção alérgica a uma vacina anterior contra a COVID-19? Por exemplo, apresentou erupção da pele, inchaço, ou respiração asmática dentro de um período de 4 horas logo após a vacinação? | | | | | |  |  |
| 1. Tem histórico de saúde de inflamação do miocárdio ou inflamação do pericárdio? | | | | | |  |  |
| 1. Recebeu terapia baseada em anticorpos passivos nos últimos 90 dias? | | | | | |  |  |
| **PARA OS BENEFICIÁRIOS DA VACINA MAIORES DE 18 ANOS DE IDADE, OS ENCARREGADOS DEVEM VERIFICAR UMA DAS SEGUINTES OPÇÕES:**  As imunizações do meu filho **podem ser feitas sem** a minha presença.  As imunizações do meu filho só **podem ser feitas com** a minha presença.  **AUTORIZAÇÃO PARA SER VACINADO**   * Recebi uma cópia da Ficha Informativa de Autorização de Uso de Emergência, que já li e tive esclarecimentos sobre o assunto, e também compreendo os benefícios e riscos da vacina contra a COVID-19. * Compreendo que um registo desta vacina será introduzido no Sistema de Informação de Imunização do Maine, ImmPact. * Compreendo o aconselhamento de que devo permanecer no local hoje durante pelo menos 15 minutos após a vacina ser administrada. * **Autorizo que a vacina contra a COVID-19 seja administrada à pessoa acima referida, ao assinar abaixo.**   X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do encarregado da pessoa a ser vacinada ou Assinatura do adulto a ser vacinado  X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Data:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do intérprete | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **APENAS PARA USO NO ESCRITÓRIO:** | | | | | | | | | |
| **Dose** | **Data de Administração da Dose** | **Fabricante da vacina** | **Número do lote** | **Volume da dose** | **Assinatura e Credenciais do Provedor de Vacinas** | | **Posto de vacinação -**  **Deltóide** | **Rota** | **Data de EUA** |
| Dose 1  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Dose 2  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  Dose 3  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | / / |  |  |  |  | | Esquerda  Direita | IM |  |
| Cartão de Vacinação contra a COVID-19 Concluído:  S  N | | | | | Temperatura: | | | |