

VACINA DA GRIPE 2018-2019

RASTREIO MÉDICO E FORMULÁRIO DE AUTORIZAÇÃO

NPI: _____

Nome da Escola: _____

Nome completo:		Data de Nascimento: / /	Idade:	Sexo: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F
Morada:		Cidade:	Código Postal:	Contacto Telefónico de Dia:
Ano:	Professor(a):	Unidade (Distrito) Administrativo Escolar		

Esta pessoa é ameríndia ou nativa do Alasca? sim não

Esta pessoa não tem seguro? sim não

Esta pessoa tem seguro MaineCare (Medicaid)? sim não

MaineCare ID n.º: _____

Seguro privado? sim não

Nome da Seguradora: _____

ID n.º: _____ Número do Grupo: _____

Nome do Subscritor: _____ Data de Nascimento do Subscritor: _____

Nome do Médico: _____ Telefone: _____

Responda às perguntas seguintes sobre a pessoa acima indicada. Os comentários podem ser escritos no verso deste formulário.

SIM NÃO

1) Esta pessoa tem uma alergia grave (potencialmente fatal) aos ovos?		
2) Esta pessoa alguma vez teve uma reação grave a uma vacina da gripe no passado?		
3) Esta pessoa alguma vez teve a Síndrome de Guillain-Barré?		
Se respondeu "sim" a qualquer uma das perguntas 1-3, consulte o seu médico em relação à vacina da gripe		
4) Esta pessoa tem asma; tem atualmente pieira; tem um historial de pieira, se a idade for inferior a 5 anos; tem problemas cardíacos, renais, pulmonares; diabetes; está grávida ou a amamentar?		
5) Esta pessoa usa regularmente aspirina ou um medicamento que contenha aspirina? (As crianças e adolescentes vacinados com FluMist não devem tomar aspirina nas 4 semanas seguintes.)		
6) Esta pessoa tem um sistema imunitário comprometido, ou está em contacto próximo com alguém que tenha um sistema imunitário gravemente comprometido?		
7) Esta pessoa foi vacinada com Tamiflu, Relenza, amantadina ou rimantadina nas últimas 48 horas?		
8) Esta pessoa recebeu alguma outra vacina nas últimas 4 semanas? Se sim: Tipo _____ Data _____		
Se respondeu "sim" a qualquer uma das questões 4-7, esta pessoa não pode receber a vacina intranasal para a gripe		

AUTORIZAÇÃO PARA VACINAR

- Foi-me dada uma cópia da Declaração de Informação sobre a Vacina da Gripe que li ou pedi a alguém que ma explicasse, para compreender os benefícios e riscos da vacina para a gripe.
- Autorizo que o registo desta vacina conste do Sistema de Informação sobre Vacinas
- Autorizo que a informação seja utilizada para cobrar à MaineCare, ou a um seguro privado, o custo da administração da vacina.
- **Ao assinar abaixo, autorizo que a vacina para a gripe seja dada à pessoa indicada acima.**

X _____ Data: _____

Assinatura do progenitor ou tutor, se a pessoa a vacinar for menor, ou Assinatura do adulto a vacinar

Nome Impresso do Progenitor ou Tutor: _____

SÓ PARA USO ADMINISTRATIVO:

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
						<input type="checkbox"/> IM single dose <input type="checkbox"/> IM multi vial	State Supplied S N