

<SCHOOL NAME>

<SCHOOL YEAR>

NPI: _____

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA TRIAGEM DA SAÚDE E VACINAÇÃO DE CRIANÇASResponda às seguintes perguntas sobre a pessoa a ser vacinada .

Nome:	Data de nascimento:	Idade:	Série escolar:	Idioma de preferência:
Qualificação e cobertura para a vacina: <input type="checkbox"/> Com plano de saúde e qualificação estadual < de 19 anos <input type="checkbox"/> Sem plano de saúde <input type="checkbox"/> Medicaid/MaineCare ID # _____		Marque todas as alternativas válidas <input type="checkbox"/> indígena norte-americano ou nativo(a) do Alasca <input type="checkbox"/> Plano de saúde insuficiente <input type="checkbox"/> Plano de saúde privado Nome da empresa _____ ID # _____ Grupo # _____		Sexo: <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Não binário/X <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Prefiro não declarar <input type="checkbox"/> Outro _____
Raça: <input type="checkbox"/> indígena norte-americano ou nativo(a) do Alasca <input type="checkbox"/> Negro(a) ou afrodescendente <input type="checkbox"/> Asiático(a) <input type="checkbox"/> Branco(a) <input type="checkbox"/> Nativo(a) do Havaí ou de outra ilha do Pacífico <input type="checkbox"/> Outra raça			Etnia: <input type="checkbox"/> Hispânico(a) ou latino(a) <input type="checkbox"/> Não hispânico(a) ou latino(a)	
Endereço:	Cidade e código postal:	Telefone (horário comercial):		

<i>Responda às seguintes perguntas sobre a <u>pessoa acima identificada</u>.</i>	Sim	Não	Não sei
2. A criança está doente hoje?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. A criança tem alergia a algum medicamento, alimento, componente da vacina ou látex?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. A criança teve anteriormente alguma reação séria a vacinas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. A criança tem algum problema de saúde duradouro envolvendo pulmões, coração ou rins, ou então uma doença metabólica (ex.: diabetes), asma, doença sanguínea, baço removido, deficiência de componentes do complemento, implante coclear ou vazamento de fluido espinhal? A criança está tomando aspirina como parte de uma terapia de longo prazo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. A criança ou um irmão, uma irmã, o pai ou a mãe teve alguma convulsão? A criança teve algum problema cerebral ou no sistema nervoso?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. A criança teve câncer, leucemia, HIV/AIDS ou outro problema envolvendo o sistema imunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. A criança tem pai, mãe, irmão ou irmã com problemas no sistema imunológico?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Nos últimos 3 meses, a criança tomou medicamentos que afetam o sistema imunológico, tais como prednisona, outros esteroides ou medicamentos contra câncer, medicamentos para o tratamento de artrite reumatoide, doença de Crohn ou psoríase, ou então fez tratamentos de radiação?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. No último ano, a criança recebeu uma transfusão de sangue ou hemoderivados, ou recebeu imunoglobulina (gama) ou um medicamento antiviral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. A criança / adolescente está grávida ou há alguma chance de engravidar no próximo mês?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. A criança tomou vacinas nas últimas 4 semanas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

A criança identificada acima está prestes a tomar e tomará as seguintes vacinas:

<input type="checkbox"/> Verifique os registros da criança e administre a vacina necessária	
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> Conjugado meningocócico (MenACWY)
<input type="checkbox"/> DTap/Tdap (difteria, tétano, coqueluche acelular)	<input type="checkbox"/> MMR (sarampo, caxumba e rubéola)
<input type="checkbox"/> Gripe (influenza)	<input type="checkbox"/> PCV13 (Conjugado pneumocócico)
<input type="checkbox"/> Hep A (hepatite A)	<input type="checkbox"/> Polio
<input type="checkbox"/> Hep B (hepatite B)	<input type="checkbox"/> PP SV23 (Polissacarídeo pneumocócico)
<input type="checkbox"/> Hib (Haemophilus influenzae tipo B, ou "gripe H")	<input type="checkbox"/> Rotavírus
<input type="checkbox"/> Vacina contra o vírus do papiloma humano (HPV)	<input type="checkbox"/> Varíola (catapora)
<input type="checkbox"/> Meningocócica B	<input type="checkbox"/> Outro: _____

Você trouxe a carteirinha de vacinação da criança com você? Sim Não

Se trouxe, entregue para a pessoa que vai revisar este formulário. Você receberá um registro das vacinas tomadas hoje.

Vire e preencha o verso da página.



<SCHOOL NAME>

<SCHOOL YEAR>

NPI: _____

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO PARA TRIAGEM DA SAÚDE E VACINAÇÃO DE CRIANÇAS

Responda às seguintes perguntas sobre a pessoa a ser vacinada .

MARQUE UMA DAS SEGUINTE OPÇÕES:

- A imunização da criança **pode ser feita** na minha ausência.
- A imunização da criança **só pode ser feita** na minha presença.

CONSENTIMENTO PARA VACINAR

- Recebi uma cópia da declaração informativa sobre vacinas (VIS) Li o conteúdo do VIS ou ele me foi explicado e compreendi as informações.
- Compreendo que um registro desta vacinação será incluído no Sistema de Informações sobre Imunização de Maine (ImmPact).
- Compreendo que a pessoa que será imunizada foi avisada de que precisa permanecer no local pelo menos 15 minutos após a vacinação.
- Dou permissão para que os dados sejam usados na cobrança do MaineCare ou do seguro privado para que as despesas com a administração da vacina sejam cobertas.
- Dou permissão para que as vacinas indicadas acima sejam administradas a mim ou à pessoa identificada acima, em nome de quem eu autorizo este pedido.

▶ _____ Data: _____ Parentesco com a criança _____

Assinatura de pai, mãe ou responsável

▶ _____ Data: _____

Assinatura do(a) intérprete

FOR CLINICAL USE ONLY

Documentation Information

Clinic Site:	District:	Administrator Name:
Patient Name:	Patient DOB:	

Vaccine	Dose	Extremity	Site	Route	VIS Date	Manufacturer & Lot #	Expiration Date
COVID-19	Pfizer: 0.3mL Moderna: 0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
DTap/Tdap	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Haemophilus influenzae type b (Hib)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis A (HepA)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis B (HepB)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Human papillomavirus (HPV)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, inactivated (IIV)	0.25 mL 0.5mL	Right Left	Forearm Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, (live attenuated) (LAIV4)	0.2mL (0.1mL per nostril)	Left nare Right nare	Bilateral Nares	Intranasal Spray			
Measles, mumps, rubella (MMR)	0.5 mL	Right Left	Posterior tricep Vastus Lateralis	SC			
Meningococcal serogroups ACWY (MenACWY)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Meningococcal B (MenB)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 13-valent conjugate (PCV13)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 23-valent polysaccharide (PPSV23)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Polio (IPV)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Rotavirus (RV1) (RV5)	Rotarix 1.0mL Rotateq 2.0mL	By mouth	Mouth	Oral			
Varicella (VAR)	0.5mL	Right Left	Upper Arm Vastus Lateralis	SC			

State-Supplied Vaccine Yes No

X _____

Assinatura e credenciais de quem administrou a vacina

_____ Data