

Identificação:

Nome: _____
Matricula/Setor: _____
Idade: _____
Sexo: Masculino () Feminino ()

Situação do Servidor:

Ativo: () sim () não
Aposentado: () sim () não
Dependente: () sim () não
ASTCERJ: Associado: () sim () não

Hipertensão Arterial: () sim () não
Diabetes: () sim () não
Doença no coração: () sim () não
Doença no pulmão: () sim () não
Tem alguma alergias: sim () não ()
Gestante: () sim () não
Amamentando: () sim () não?

Já vacinou para gripe: () sim () não

Foi vacinado para **COVID-19**: () sim () não
Qual vacina: _____

Alguma reação: () sim () não
Não sabe explicar: sim () não ()

Já teve **COVID**: () sim () não () não sei
data/período: _____
Realizou exame: () sim () não
Resultado: Pos () Neg () Indeterminado ()
Data/período: _____

Apresentou sinais ou sintomas nos últimos 7 dias:
Tosse ()
Dor de garganta ou coriza ()
Perda do sentido do paladar/ cheiro ()
Diarreia ()
Dor abdominal ()
Dor no corpo ()
Cansaço e/ou dor de cabeça ()
Febre e/ou calafrios ()

Faz uso de alguma medicação:
Corticoides: sim () não ()
Imunossupressor: sim () não ()
Anticorpos monoclonais: sim () não ()
Anticoagulantes: sim () não ()
Para doença reumatológica: sim () não ()
Para câncer: sim () não ()

Todas as informações prestadas são apenas para uso exclusivamente da campanha de vacinação de H1N1.

Declaro que estou ciente das informações prestadas:

Nome (quando menor) do

responsável: _____

Data: ____/____/____

Assinatura:
