

Questionário de avaliação para vacinação de [] (bebês/crianças em idade escolar)

		Temperatura corporal antes da entrevista		Graus	
Endereço					
Nome da criança		M F	Data de nascimento	/	/
Nome do pai/mãe/ responsável					

Questionário para vacinação	Resposta		Comentário do médico
Você leu o documento (enviado pela Secretaria Municipal) com explicações sobre a vacinação que será administrada hoje?	Sim	Não	
Responda às seguintes perguntas sobre a criança.			
Peso ao nascer () g	Sim	Não	
A criança apresentou alguma anormalidade no parto?	Sim	Não	
A criança apresentou alguma anormalidade após o nascimento?	Sim	Não	
Foi detectada alguma anormalidade no exame pós-natal do bebê?	Sim	Não	
A criança está doente hoje?	Sim	Não	
Se sim, descreva os sintomas apresentados. ()	Sim	Não	
A criança esteve doente no último mês?	Sim	Não	
Nome da doença ()	Sim	Não	
Algum membro da família ou algum amigo da criança teve sarampo, rubéola, varicela ou caxumba no último mês?	Sim	Não	
Nome da doença ()	Sim	Não	
A criança teve contato com alguém contaminado por tuberculose (incluindo membros da família)?	Sim	Não	
A criança foi vacinada no último mês?	Sim	Não	
Nome da vacina ()	Sim	Não	
A criança apresenta alguma anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença que exigiu uma consulta médica?	Sim	Não	
Nome da doença ()	Sim	Não	
Onde for aplicável, o médico que tratou da doença citada anteriormente concorda com a vacinação de hoje?	Sim	Não	
A criança teve alguma convulsão (espasmo ou ataque) no passado?	Sim	Não	
Se sim, qual era a idade da criança na época? ()	Sim	Não	
Se você respondeu "sim" para a pergunta anterior, a criança estava com febre na época da convulsão?	Sim	Não	
A criança já apresentou erupção cutânea ou urticária como uma reação a medicamentos ou alimentos, adoeceu depois de comer determinados alimentos ou de ingerir determinados medicamentos?	Sim	Não	
Algum membro da família ou parente próximo da criança apresenta imunodeficiência congênita?	Sim	Não	
A criança apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente?	Sim	Não	
Nome da vacina ()	Sim	Não	
No passado, algum membro da família ou parente próximo da criança apresentou uma reação grave a alguma vacina?	Sim	Não	
Nos últimos seis meses, a criança recebeu alguma transfusão de sangue ou algum medicamento chamado gamaglobulina?	Sim	Não	
Você tem alguma dúvida sobre a vacinação de hoje?	Sim	Não	
Comentário do médico			
Tendo como base as perguntas acima e os resultados da entrevista, decidi que a criança (poderá/não deverá) ser vacinada hoje.			
Expliquei ao pai/mãe/responsável as informações sobre os benefícios e efeitos colaterais da vacinação e a assistência fornecida às pessoas que apresentaram reações adversas causadas pela vacinação.			
Assinatura ou nome e carimbo do médico:			

Este questionário de avaliação é usado para melhorar a segurança da vacinação. A entrevista com/sobre a criança foi feita pelo médico e as informações sobre os benefícios, objetivos e riscos (incluindo os efeitos colaterais graves) da vacinação foram explicados pelo médico, bem como a natureza da assistência fornecida, caso ocorram reações adversas. Acredito ter compreendido estas informações.

Eu (dou/não dou)* meu consentimento para a vacinação da criança. * Marque a sua escolha com um círculo.

Compreendo as informações acima e concordo com o possível envio deste questionário para a Secretaria Municipal.

Assinatura do pai/mãe/responsável:

Nome da vacina	Dosagem	Instituição/Nome do médico/Data da administração
Nome da vacina Número do lote [Cuidado] Confirme a data de validade da vacina.	*Método de administração ml	Instituição: Nome do médico: Data da administração: / / (d/m/a)

Obs.: A gamaglobulina é um produto derivado do sangue e que é aplicado para a prevenção de infecções, tais como a Hepatite tipo A e para o tratamento de infecções graves. Às vezes, determinadas vacinas (por exemplo, a vacina contra o sarampo) são menos eficazes em pessoas que receberam esse produto nos três a seis meses anteriores.

* Escrever para cada vacina respectivamente conforme a seguir: para vacina BCG [Injeção percutânea da quantidade especificada utilizando agulha de tubo BCG], etc., e para vacina combinada de 5 doses ou vacina pneumocócica conjugada 15-valente precipitada, [Injeção subcutânea/injeção intramuscular].

Questionário de avaliação para vacinação contra a infecção pelo Papilomavírus Humano

		Temperatura corporal antes da entrevista		Graus	
Endereço					
Nome do paciente					
Nome do pai/mãe/responsável*		M F	Data de nascimento	Nascido em	/ / (d/m/a) Idade (anos meses)

*Não é necessário preencher este campo caso a pessoa vacinada tenha mais de 16 anos.

Questionário para vacinação		Resposta			Comentário do médico
Você leu o documento (enviado pela Secretaria Municipal) com explicações sobre a vacinação que será administrada hoje?		Sim	Não		
Qual dose você estará tomando hoje?		1ª dose	2ª dose	3ª dose	
(Caso esteja tomando a partir da 2ª dose) Favor preencher as vacinas tomadas anteriormente, data e a idade no momento das vacinações (Obs. 1) Circule um dos tipos de vacina já tomada: ① Cervarix (bivalente), ② Gardasil (quadrivalente), ③ Silgard 9 (nonavalente), ④ Outra (Obs. 2) No caso da ③ Silgard 9 (nonavalente), o esquema de vacinação pode ser concluído em duas doses, sendo a primeira administrada até os 14 anos e a segunda com mais de cinco meses de intervalo. (Obs. 3) Solicitamos aos responsáveis ou à pessoa vacinada e aos médicos que confirmem as vacinas administradas. Se não houver registro disponível ou não souber, o médico deverá preencher como [Desconhecido].		1ª dose	/ / (Ano/Mês/Dia) anos de idade ① / ② / ③ / ④		
		2ª dose	/ / (Ano/Mês/Dia) anos de idade ① / ② / ③ / ④		
Que tipo de vacina deseja tomar hoje? (Obs.) Circule um dos tipos de vacina já tomada: ① Cervarix (bivalente), ② Gardasil (quadrivalente), ③ Silgard 9 (nonavalente).		① / ② / ③			
O paciente está doente hoje? Se sim, descreva os sintomas detalhadamente. ()		Sim	Não		
O paciente esteve doente no último mês? Nome da doença ()		Sim	Não		
O paciente foi vacinado no último mês? Nome da vacina ()		Sim	Não		
O paciente apresenta alguma anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença que exigiu uma consulta médica? Nome da doença ()		Sim	Não		
Onde for aplicável, o médico que tratou da doença citada anteriormente concorda com a vacinação de hoje?		Sim	Não		
O paciente teve alguma convulsão (espasmo ou ataque) no passado? Se sim, qual era a idade do paciente na época? ()		Sim	Não		
Se você respondeu "sim" para a pergunta anterior, o paciente estava com febre na época da convulsão?		Sim	Não		
O paciente já apresentou erupção cutânea ou urticária como uma reação a medicamentos ou alimentos, adoeceu depois de comer determinados alimentos ou de ingerir determinados medicamentos?		Sim	Não		
Algum membro da família ou parente próximo do paciente apresenta imunodeficiência congênita?		Sim	Não		
O paciente apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente?		Sim	Não		
Nome da vacina ()					
Algum membro da família ou parente próximo do paciente apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente?		Sim	Não		
Existe alguma suspeita de gravidez (por exemplo, atraso da menstruação ou não menstruou)? [Atenção] A vacinação em pessoa grávida requer atenção.		Sim	Não		
Você tem alguma dúvida sobre a vacinação de hoje?		Sim	Não		
Comentário do médico Com base nas perguntas acima e nos resultados da entrevista, decidi que o paciente (poderá/não deverá) ser vacinado hoje. Foram dadas as explicações à pessoa vacinada (ou ao responsável, se ela tiver menos de 16 anos de idade) sobre os efeitos da vacinação, reações adversas e a assistência fornecida às pessoas que apresentaram reações adversas causadas pela vacinação.					
Assinatura ou nome e carimbo do médico:					

Este questionário de avaliação é usado para melhorar a segurança da vacinação. O paciente foi entrevistado pelo médico e as informações sobre os benefícios, objetivos e riscos (incluindo os efeitos colaterais graves) da vacinação foram explicados pelo médico, bem como a natureza da assistência fornecida, caso ocorram reações adversas. Acredito ter compreendido estas informações.
Eu (dou/não dou)* meu consentimento para a vacinação do paciente.
Marque a sua escolha com um círculo.
Compreendo as informações acima e concordo com o possível envio deste questionário para a Secretaria Municipal.

Assinatura do responsável ou do próprio vacinado: _____
(*o responsável deverá assinar se a pessoa vacinada for menor de 16 anos).

Nome da vacina	Dosagem	Instituição/Nome do médico/Data da administração
Nome da vacina Número do lote [Cuidado] Confirme a data de validade da vacina.	Injeção intramuscular 0,5 ml	Instituição: Nome do médico: Data da administração: / / (d/m/a)

Questionário de avaliação para vacinação contra a infecção pelo Papilomavírus Humano (para crianças desacompanhadas do pai/mãe/responsável)

Explicação antes da vacinação contra a infecção pelo papilomavírus humano

o Para o pai/mãe/responsável: A leitura deste documento é imprescindível.

*** [Para o pai/mãe/responsável pela criança que se encontra na idade correspondente à quinta série do ensino fundamental até o primeiro ano do ensino médio (exceto crianças com 16 anos ou mais)]**

Foi solicitado que o pai/mãe/responsável acompanhasse a criança que seria vacinada; porém, somente nos casos da vacinação contra a infecção pelo papilomavírus humano, para crianças com idade de 13 anos ou mais (a partir do primeiro ano do ginásio até o primeiro ano do colégio, exceto crianças com 16 anos ou mais), a criança pode ser vacinada sem o acompanhamento do pai/mãe/responsável, desde que o pai/mãe/responsável tenha lido, compreendido e assinado este documento permitindo a vacinação de seu filho.

(Certifique-se de que seu filho entregue este documento no dia da vacinação.)

Se tiver dúvidas, consulte seu médico, clínica médica ou a secretaria municipal responsável pela vacinação antes de assinar este questionário de avaliação, para você ter certeza de que entendeu perfeitamente os riscos e benefícios da vacinação antes de autorizá-la.

1 Sintomas da infecção pelo papilomavírus humano (HPV)

O papilomavírus humano, que pode infectar a pele e mucosas, é classificado em mais de 100 tipos diferentes. Os vírus que infectam a mucosa normalmente invadem a mucosa genital através de uma pequena ferida na membrana mucosa causada pelo ato sexual. Estima-se que mais de 50% das mulheres no exterior sexualmente experiente sejam infectadas por esses vírus pelo menos uma vez na vida.

Dos HPV que infectam a mucosa, pelo menos 15 tipos são detectados em cânceres de colo do útero, sendo chamados de "HPVs de alto risco". Dois tipos de HPV particularmente de alto risco, os Tipos 16 e 18, são frequentemente detectados e estudos indicam que os dois vírus estão envolvidos em cerca de 70% dos casos de cânceres de colo do útero, no exterior. Além do câncer de colo do útero, suspeita-se que pelo menos 90% dos cânceres anais e 40% dos cânceres vaginais, vulvares e penianos estejam conectados com esses dois vírus no exterior. Sabe-se que os vírus que não são classificados em categorias de alto risco causam condiloma acuminado, uma verruga genital benigna.

2 Benefícios e efeitos colaterais da vacinação

A vacina inclui componentes virais de vários tipos de papilomavírus humano (HPVs), sendo que as crianças vacinadas adquirem imunidade a esses vírus. Uma criança que foi imunizada está protegida contra os HPVs.

A vacinação pode causar efeitos colaterais leves e muito raramente efeitos colaterais graves. Às vezes, as reações são apresentadas após a vacinação, conforme segue.

Principais reações adversas à vacina contra o HPV

As principais reações adversas incluem febre e reações locais (dor, eritema e inchaço). Síncope, devido à dor e à reação psicogênica induzida pela injeção ocorre, às vezes, após a vacinação. Para evitar que caiam devido à síncope, as crianças vacinadas devem ser sentadas em um sofá e observadas por 30 minutos.

Em raras ocasiões, foram relatadas reações adversas sérias, incluindo uma reação anafilática (até mesmo choque, urticária e dificuldade para respirar), síndrome de Guillain-Barre, púrpura trombocitopênica (sangramento na pele, pelo nariz e mucosa oral) e encefalomielite aguda disseminada (ADEM).

*Para mais informações, verifique a homepage oficial da prefeitura, folhetos informativos enviados individualmente etc.

3 Sobre o sistema de assistência que atende pessoas com saúde debilitada devido à vacinação

o Uma pessoa com efeitos colaterais causados pela vacinação de rotina, e que venha precisar de tratamento médico ou cuja capacidade de executar atividades diárias tenha sido prejudicada devido aos danos pode ser indenizada pelo governo, de acordo com a Lei de Vacinação Preventiva.

o A indenização consiste no pagamento de despesas médicas, benefícios médicos, pensão especial para crianças com deficiência, aposentadoria por deficiência, indenização por morte e despesas de funeral, nos valores especificados pela Lei, de acordo com a gravidade da lesão. Todas as indenizações, exceto benefícios por morte e despesas de funeral, serão pagas de forma contínua até a conclusão do tratamento ou melhora da saúde.

o A indenização será paga ao paciente após a causa da lesão ser comprovada como resultante da vacinação. Esta comprovação será realizada pelo Comitê de Análise do Governo composto por especialistas em vacinação, medicina infecciosa, legislação e outras disciplinas relacionadas, que discutirão a relação causal relevante com a vacinação, ou seja, se a lesão em questão foi causada pela vacinação ou por outros fatores (infecção anterior ou posterior à vacinação ou outras causas).

* Se necessitar de um pedido de indenização, consulte o médico que entrevistou seu filho antes da vacinação, a clínica médica e a secretaria municipal responsável pela vacinação do seu município.

4 Cuidados para a vacinação

A criança a ser vacinada deve estar com boas condições de saúde. Se o seu filho estiver doente, consulte seu médico e decida se você deve vaciná-lo ou não.

Se seu filho apresentar qualquer um dos seguintes sintomas ele não poderá ser vacinado.

- 1) Febre evidente (37,5°C ou superior).
- 2) Doença aguda grave.
- 3) Um histórico de anafilaxia causada por qualquer componente da preparação da vacina.
- 4) Outras condições que o médico considerar inadequadas.

Caso sua filha esteja grávida, ela não deverá ser vacinada.

o Para o pai/mãe/responsável: Certifique-se da leitura do seguinte.

Após a leitura cuidadosa e a compreensão total das informações acima, decida se seu filho deve ou não ser vacinado. Se optar pela vacinação, assine esse formulário na coluna referente a pai/mãe/responsável. **Crianças com menos de 16 anos não poderão receber a vacina sem a assinatura**

Se você não deseja que seu filho seja vacinado, não é necessário assinar.

Eu li a documentação explicativa sobre a vacinação contra o papilomavírus humano e compreendo os benefícios e riscos de reações adversas graves das vacinas e o sistema de assistência às pessoas com lesões devidas à vacinação. Considerando estas questões, eu concordo em vacinar meu(minha) filho(a).

Eu compreendo que este documento foi desenvolvido para ajudar os pais e responsáveis a entenderem a vacinação e concordo com a possibilidade de envio deste formulário para a Secretaria Municipal.

Assinatura do pai/mãe/responsável: _____

Endereço: _____

Número de contato para emergências: _____

* Este formulário é necessário para a vacinação contra a infecção pelo papilomavírus humano, quando o menor não estiver acompanhado pelos pais/responsável. Certifique-se da entrega deste formulário quando seu filho menor de 16 anos estiver desacompanhado e for vacinado.

Crianças com menos de 16 anos não poderão receber a vacina sem a assinatura do responsável no questionário de avaliação.

Questionário de avaliação

		Temperatura corporal antes da entrevista		Graus	
Endereço					
Nome da criança		M F	Data de nascimento	Nascido em Idade (/ / (d/m/a) anos meses)

Questionário para vacinação		Resposta		Comentário do médico
Você leu o documento (enviado pela Secretaria Municipal) com explicações sobre a vacinação que será administrada hoje?		Sim	Não	
Qual dose tomará hoje?		1ª dose	2ª dose	3ª dose
(Caso esteja tomando a partir da 2ª dose) Favor preencher as vacinas tomadas anteriormente, data e a idade no momento das vacinações (Obs. 1) Circule um dos tipos de vacina já tomada: ① Cervarix (bivalente), ② Gardasil (quadrivalente), ③ Silgard 9 (nonavalente), ④ Outra (Obs. 2) No caso da ③ Silgard 9 (nonavalente), o esquema de vacinação pode ser concluído em duas doses, sendo a primeira administrada até os 14 anos e a segunda com mais de cinco meses de intervalo. (Obs. 3) Solicitamos aos responsáveis ou à pessoa vacinada e aos médicos que confirmem as vacinas administradas. Se não houver registro disponível ou não souber, o médico deverá preencher como [Desconhecido].	1ª dose	/ / (Ano/Mês/Dia) anos de idade		
	2ª dose	① / ② / ③ / ④		
Que tipo de vacina deseja tomar hoje? (Obs.) Circule um dos tipos de vacina já tomada: ① Cervarix (bivalente), ② Gardasil (quadrivalente), ③ Silgard 9 (nonavalente).		① / ② / ③		
A criança está doente hoje? Se sim, descreva os sintomas apresentados. ()		Sim	Não	
A criança esteve doente no último mês? Nome da doença ()		Sim	Não	
A criança foi vacinada no último mês? Nome da vacina ()		Sim	Não	
A criança apresenta alguma anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença que exigiu uma consulta médica? Nome da doença ()		Sim	Não	
Onde for aplicável, o médico que tratou da doença citada anteriormente concorda com a vacinação de hoje?		Sim	Não	
A criança teve alguma convulsão (espasmo ou ataque) no passado? Se sim, qual era a idade do paciente na época? ()		Sim	Não	
Se você respondeu "sim" para a pergunta anterior, a criança estava com febre na época da convulsão?		Sim	Não	
A criança já apresentou erupção cutânea ou urticária como uma reação a medicamentos ou alimentos, adoeceu depois de comer determinados alimentos ou de ingerir determinados medicamentos?		Sim	Não	
Algum membro da família ou parente próximo da criança apresenta imunodeficiência congênita?		Sim	Não	
A criança apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente? Nome da vacina ()		Sim	Não	
Algum membro da família ou parente próximo do paciente apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente?		Sim	Não	
Existe alguma suspeita de gravidez (por exemplo, atraso da menstruação ou não menstruou)? [Atenção] A vacinação em pessoa grávida requer atenção.		Sim	Não	
Este questionário de avaliação é usado para melhorar a segurança da vacinação. Considerando as doenças no passado e a situação atual delas, você concorda com a vacinação do seu filho? Eu (concordo/não concordo)* com a vacinação do meu filho. * Marque a sua escolha com um círculo. Compreendo as informações acima e concordo com a possibilidade de envio deste questionário para a Secretaria Municipal.				
Assinatura do pai/mãe/responsável:				

Comentário do médico Com base nas perguntas acima e nos resultados da entrevista, decidi que o paciente (poderá/não deverá) ser vacinado hoje. Expliquei ao próprio paciente as informações sobre os benefícios e os efeitos colaterais da vacinação e a assistência fornecida às pessoas que apresentaram reações adversas causadas pela vacinação.
Assinatura ou nome e carimbo do médico:

Nome da vacina	Dosagem	Instituição/Nome do médico/Data da administração
Nome da vacina Número do lote Cuidado: Confirme a data de validade da vacina.	Injeção intramuscular 0,5 ml	Instituição: Nome do médico: Data da administração: / / (d/m/a)

Questionário de avaliação para vacinação da hepatite B

		Temperatura corporal antes da entrevista		Graus		
Endereço						
Nome da criança		M F	Data de nascimento	/	/	(ano/mês/dia) meses)
Nome do pai/mãe/ responsável						

Questionário para vacinação	Resposta		Comentário do médico
Você leu o documento (enviado pela Secretaria Municipal) com explicações sobre a vacinação que será administrada hoje?	Sim	Não	
Responda às seguintes perguntas sobre a criança.			
Peso ao nascer A criança apresentou alguma anormalidade no parto? () g A criança apresentou alguma anormalidade após o nascimento?	Sim	Não	
Foi detectada alguma anormalidade no exame pós-natal do bebê?	Sim	Não	
A criança está doente hoje? Se sim, descreva os sintomas apresentados. ()	Sim	Não	
A criança esteve doente no último mês? Nome da doença ()	Sim	Não	
Algum membro da família ou algum amigo da criança teve sarampo, rubéola, varicela ou caxumba no último mês? Nome da doença ()	Sim	Não	
A criança foi vacinada no último mês? Nome da vacina ()	Sim	Não	
A criança apresenta alguma anomalia congênita, doença cardíaca, renal, hepática, do sistema nervoso central, imunodeficiência ou qualquer outra doença que exigiu uma consulta médica? Nome da doença ()	Sim	Não	
Onde for aplicável, o médico que tratou da doença citada anteriormente concorda com a vacinação de hoje?	Sim	Não	
A criança teve alguma convulsão (espasmo ou ataque) no passado? Se sim, qual era a idade da criança na época? ()	Sim	Não	
Se você respondeu "sim" para a pergunta anterior, a criança estava com febre na época da convulsão?	Sim	Não	
A criança já apresentou erupção cutânea ou urticária como uma reação a medicamentos ou alimentos, adoeceu depois de comer determinados alimentos ou de ingerir determinados medicamentos?	Sim	Não	
Algum membro da família ou parente próximo da criança apresenta imunodeficiência congênita?	Sim	Não	
A criança apresentou alguma reação grave a alguma vacina anteriormente? Nome da vacina ()	Sim	Não	
No passado, algum membro da família ou parente próximo da criança apresentou uma reação grave a alguma vacina?	Sim	Não	
Nos últimos seis meses, a criança recebeu alguma transfusão de sangue ou algum medicamento chamado gama globulina?	Sim	Não	
Você recebeu a vacina da hepatite B logo após o nascimento, como medida de prevenção de transmissão de mãe para filho?	Sim	Não	
Você tem alguma dúvida sobre a vacinação de hoje?	Sim	Não	
Comentário do médico Tendo como base as perguntas acima e os resultados da entrevista, decidi que a criança (poderá/não deverá) ser vacinada hoje. Expliquei ao pai/mãe/responsável as informações sobre os benefícios e efeitos colaterais da vacinação e a assistência fornecida às pessoas que apresentaram reações adversas causadas pela vacinação. Assinatura ou nome e carimbo do médico:			

Este questionário de avaliação é usado para melhorar a segurança da vacinação. A entrevista com/sobre a criança foi feita pelo médico e as informações sobre os benefícios, objetivos e riscos (incluindo os efeitos colaterais graves) da vacinação foram explicados pelo médico, bem como a natureza da assistência fornecida, caso ocorram reações adversas. Acredito ter compreendido estas informações.
Eu (dou/não dou)* meu consentimento para a vacinação da criança. * Marque a sua escolha com um círculo.
Compreendo as informações acima e concordo com o possível envio deste questionário para a Secretaria Municipal.
Assinatura do pai/mãe/responsável:

Nome da vacina	Dosagem	Instituição/Nome do médico/Data da administração
Nome da vacina Número do lote [Cuidado] Confirme a data de validade da vacina.	* (Injeção subcutânea) ml	Instituição: Nome do médico: Data da administração: / / (d/m/a)

Formulário preliminar de vacinação para infecção por rotavírus

* Os pais devem preencher a lacuna destacada.

Endereço	〒	M · F	Data de vacinação	Reiwa / / (A.M.D)
			Temperatura antes da consulta	(Qtos graus)
Nome do paciente	(furigana)		Telefone	() -
Responsável (pai ou mãe)			Data de nascimento	Reiwa / / (A.M.D) (dia após o nascimento)semanas/.....dias <small>*Dia após o nascimento O semana "dia" significa o dia calculado a partir de um dia após o dia do nascimento.</small>

No caso de ser a primeira vez, você verificou que hoje não passasse de 14 semanas e 6 dias após o nascimento?

Instituição médica (☑)

Perguntas	Coluna de resposta			Médico
	1 Vez	2 Vezes	3 Vezes	
Quantas vezes é essa vacinação?	1 Vez	2 Vezes	3 Vezes	
Por favor, marque a data da vacinação até o presente momento. (Somente se esta vacinação for a segunda ou mais recente dose)	1 Vez/...../.....		
* Confirmou se havia mais de 27 dias entre a vacinação anterior e a vacinação do rotavírus	2 Vezes/...../.....		
Você leu as instruções dadas pelo município sobre as vacinas de hoje?	Sim	Não		
Você entendeu os efeitos e os efeitos colaterais da vacinação hoje?	Sim	Não		
Você recebeu e entendeu as instruções sobre a intussuscepção (invaginação intestinal)?	Sim	Não		
Perguntas sobre o histórico de desenvolvimento do seu filho. Peso ao nascer				g
Você teve alguma anormalidade durante o parto?	Teve	Não teve		
Você teve alguma anormalidade após o nascimento?	Teve	Não teve		
Você já foi informado durante um exame médico infantil que algo está errado com seu filho?	Sim	Não		
Existe alguma doença ou sintoma no corpo dele hoje? Anote os sintomas específicos. ()	Sim	Não		
Ele ficou doente no último mês?	Sim	Não		
Nome da doença ()				
Algum membro da família ou companheiros de brincadeira estiveram doentes como sarampo, rubéola, varicela ou caxumba dentro de um mês? Nome da doença ()	Sim	Não		
Foi vacinado dentro de um mês? Tipo de vacinação () Data do recebimento ()	Sim	Não		
Ele já teve intussuscepção (invaginação intestinal)? Ou existe um distúrbio gastrointestinal congênito que não foi tratado? * Nesse caso, a vacinação contra rotavírus não pode ser realizada.	Sim	Não		
Ele já foi diagnosticado com imunodeficiência? Ou já teve infecções repetidas como pneumonia e otite média, diarreia ou ganhou peso? * A vacinação contra rotavírus pode não ser possível hoje.	Sim	Não		
Outros: Médico viu algum defeito de nascença, distúrbio gastrointestinal, coração, rim, fígado, sangue, nervo craniano ou outra doença? Nome da doença ()	Sim	Não		
O médico que acompanha a doença dele autorizou a vacina de hoje?	Sim	Não		
Já teve alguma convulsão (convulsões)? (Cerca de com quantos meses teve)	Sim	Não		
Teve febre naquele momento?	Sim	Não		
Já teve uma erupção cutânea ou urticária na pele ou uma doença com seus medicamentos ou alimentos?	Sim	Não		
Nome do remédio · Alimento ()				
Já ficou doente depois de receber alguma vacina?	Sim	Não		
Tipos de vacinações ()				
A mãe recebeu medicamentos imunossuppressores durante a gravidez?	Sim	Não		
Nome do medicamento ()				
Algum de seus parentes foi diagnosticado com imunodeficiência congênita?	Sim	Não		
Alguém ou algum parente próximo ficou doente depois de receber a vacinação?	Sim	Não		
Ele já recebeu alguma transfusão de sangue ou injeção de gama globulina?	Sim	Não		
Você tem alguma dúvida sobre a vacinação hoje?	Sim	Não		

Campo médico

Como resultado das entrevistas e consultas acima, determinamos que as vacinas de hoje estarão disponíveis (podem ser realizadas ou, melhor serem adiadas). Eu expliquei o efeito de vacinação, reação lateral (especialmente intussuscepção) e sistema de alívio de dano de saúde de vacinação aos pais.

Assinatura do médico ou carimbo

Campo dos pais

Antes de receber a vacinação depois de entender os efeitos e o objetivo da vacinação, a possibilidade de reações colaterais graves (particularmente intussuscepção) e o sistema de alívio de danos à saúde da vacinação, etc. (Concordo · Não concordo.) * Por favor, circule um dos dois no parênteses.

Com estas perguntas do pré-exame visa garantir a segurança da vacinação. Com isso em mente, concordo que este formulário de consulta preliminar será enviado aos municípios.

Assinatura dos pais

Nome da vacina utilizada	Volume de vacinação		Local de vacinação, nome do médico e data de vacinação		
Vacina	vacinação oral		Local de vacinação		
Lote No.	Rotatech®	Rotarix®	Nome do médico		
(Nota) Confirme se a data de validade não expirou	2mL	1.5mL	Data de vacinação	Reiwa / /	(A.M.D)