

## IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

NOME/RAZÃO SOCIAL <b>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB</b>	CNES <b>0010510</b>
--	------------------------

## DADOS DO COLABORADOR

NOME COMPLETO	NOME DA MÃE		
SETOR/UNIDADE DE LOTAÇÃO	CATEGORIA PROFISSIONAL		
DATA NASCIMENTO	SEXO <input type="checkbox"/> FEMININO <input type="checkbox"/> MASCULINO	IDADE	CPF DO VACINADO
TELEFONE FIXO	TELEFONE CELULAR	RAÇA/COR:	
ENDEREÇO			

## TRIAGEM PARA VACINAÇÃO

1 - PARTICIPOU DE UM ESTUDO DE VACINA ANTI-COVID-19?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
2 - APRESENTA ATUALMENTE FEBRE, DOENÇA AGUDA E INÍCIO AGUDO DE DOENÇA CRÔNICA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
3 - TEM IMUNODEFICIÊNCIA GRAVE OU FEZ TRANSPLANTE NOS ÚLTIMOS 90 DIAS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
4 - ESTÁ GRÁVIDA/LACTANTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
5 - JÁ TEVE ALGUM EPISÓDIO DE REAÇÃO ALÉRGICA GRAVE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
6 - JÁ TEVE ALGUMA REAÇÃO ADVERSÀ A PÓS TOMAR VACINA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
7 - TEM ALGUMA DOENÇA DA COAGULAÇÃO OU TOMA ANTICOAGULANTE?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
8 - COVID-19 CONFIRMADA NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
9 - TOMOU ALGUMA VACINA OU IMUNOGLOBULINA NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO
10 - TEM ALGUMA DOENÇA CRÔNICA?	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO

ASSINATURA DO COLABORADOR
---------------------------

## USO EXCLUSIVO DO ENFERMEIRO DA TRIAGEM

APTO <input type="text"/>	INAPTO <input type="text"/>
---------------------------	-----------------------------

ASSINATURA E CARIMBO
----------------------

## USO EXCLUSIVO DA SALA DE VACINA

GRUPO PRIORITÁRIO	CATEGORIA: (COD)	DATA DA VACINA
IMUNOLÓGICO <b>Vacina Covid-19 (recombinante)</b>		FABRICANTE <b>SERUM INSTITUTE OF INDIA PVT.LTD.</b>
LOTE <b>4120Z005</b>		TIPO DE DOSE
NOME DO VACINADOR		CPF DO VACINADOR

Fique atento ao aparecimento de possíveis efeitos adversos que possam estar ligados após a vacina. Se sentir qualquer sintoma leve, procure uma Unidade Básica de Saúde; se grave, procure o Pronto-Socorro do HUB ou o mais próximo de sua casa. Comunique também o Núcleo de Vigilância Epidemiológica do HUB (2028-5595).