

IDENTIFICAÇÃO DA UNIDADE

NOME/RAZAÇÃO SOCIAL

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE BRASÍLIA - HUB

CNES

0010510

DADOS DO COLABORADOR

NOME COMPLETO

NOME DA MÃE

SETOR/UNIDADE DE LOTAÇÃO

CATEGORIA PROFISSIONAL

DATA NASCIMENTO

SEXO

☐ FEMININO☐ 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?

☐ SIM☐ NÃO

2 - APRESENTA ATUALMENTE FEBRE, DOENÇA AGUDA E INÍCIO AGUDO DE DOENÇA CRÔNICA?

☐ SIM☐ NÃO

3 - TEM IMUNODEFICIÊNCIA GRAVE OU FEZ TRANSPLANTE NOS ÚLTIMOS 90 DIAS?

☐ SIM☐ NÃO

4 - ESTÁ GRÁVIDA/LACTANTE?

☐ SIM☐ NÃO

5 - JÁ TEVE ALGUM EPISÓDIO DE REAÇÃO ALÉRGICA GRAVE?

☐ SIM☐ NÃO

6 - JÁ TEVE ALGUMA REAÇÃO ADVERSA APÓS TOMAR VACINA?

☐ SIM☐ NÃO

7 - TEM ALGUMA DOENÇA DA COAGULAÇÃO OU TOMA ANTICOAGULANTE?

☐ SIM☐ NÃO

8 - COVID-19 CONFIRMADA NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?

☐ SIM☐ NÃO

9 - TOMOU ALGUMA VACINA OU IMUNOGLOBULINA NAS ÚLTIMAS 4 SEMANAS?

☐ SIM☐ NÃO

10 - TEM ALGUMA DOENÇA CRÔNICA?

☐ SIM☐ NÃO

ASSINATURA DO COLABORADOR

USO EXCLUSIVO DO ENFERMEIRO DA TRIAGEM

APTO

☐

INAPTO

☐

ASSINATURA E CARIMBO

USO EXCLUSIVO DA SALA DE VACINA

GRUPO PRIORITÁRIO

CATEGORIA: (COD)

DATA DA VACINA

IMUNOLÓGICO

Vacina Covid-19 (recombinante)

FABRICANTE

SERUM INSTITUTE OF INDIA PVT.LTD.

LOTE

4120Z005

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).