

Estabelecimento de Saúde _____

Preenchimento do Estabelecimento de Saúde

CNS do Profissional:	CBO:	CNES:	INE/EQUIPE:	Data: ____/____/____ Turno: <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> T <input type="checkbox"/> N
----------------------	------	-------	-------------	---

Dados da Vacina

Fabricante:	Lote:	Dose: <input type="checkbox"/> Primeira Dose <input type="checkbox"/> Segunda Dose <input type="checkbox"/> Dose única	Prazo para próxima dose da vacina: ____/____/____
-------------	-------	--	--

Local de atendimento: ☐ UBS ☐ Unidade Móvel ☐ Rua ☐ Domicílio
☐ Escola/Creche ☐ Outros

Preenchimento do Cidadão

Nome:	CNS (Cartão Nacional de Saúde) ou CPF:	
Nome da Mãe:		
Data de Nascimento: ____/____/____ Idade:	Telefone(s):	
Logradouro:	N°:	
Complemento:	Bairro:	CEP:

Sexo:

- ☐ Feminino
☐ Masculino

Vacinou contra gripe:

- ☐ Sim
☐ Não

Raça/Cor:

- ☐ Amarelo ☐ Branco
☐ Indígena ☐ Pardo ☐ Preto

Grupo de atendimento

- ☐ Caminhoneiro
☐ Deficiência Permanente Grave
☐ Forças de Segurança e Salvamento
☐ Funcionário do Sistema de privação de liberdade
☐ Idoso - 60> anos
☐ Institucionalizado 60> anos
☐ Institucionalizado com Deficiência
☐ Comorbidades (especificar no campo abaixo)
☐ População Geral
☐ Privado de Liberdade
☐ Profissional da Educação
☐ Trabalhador da Saúde
☐ Trabalhadores do Transporte Coletivo Rodoviário
☐ Trabalhadores Portuários e Ferroviários
☐ Forças Armadas
☐ Outros (informar): _____

Comorbidades

- ☐ Doenças Falciformes
☐ Diabetes
☐ Doenças Cardiovasculares
☐ Hipertensão
☐ Obesidade Grave (IMC \geq 40)
☐ Neoplasias
☐ Pneumopatias Crônicas Graves
☐ Doença Renal Crônica
☐ Indivíduo Transplantado
☐ Síndrome de Down
☐ Outros Imunossuprimidos
☐ Cirrose Hepática