

DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO

Eu, _____ RG. _____,

Residência/Área: _____.

Data de Nasc.: ____/____/____, nº de matrícula (UEL) _____,

nº Cartão SUS: (obrigatório): _____

Declaro para os devidos fins que estou com minha situação vacinal em dia, ou seja, recebi as seguintes vacinas:

1. Hepatite B – ☐ 1ª dose ☐ 2ª dose ☐ 3ª dose ☐ Reforço
2. dT – ☐ dose única (reforço a cada 10 anos)
3. Tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola) – ☐ 1ª dose ☐ 2ª dose
4. Febre Amarela – ☐ dose única (reforço a cada 10 anos)

Termo de Ciência sobre Varicela para profissional e estudante da área da Saúde

	SIM	NÃO	NÃO SEI
1. Você já teve varicela (ou catapora)?			
2. Alguém na sua casa já teve varicela enquanto você morava lá?			
3. Você já teve Herpes Zoster?			
4. Você tem cicatriz de varicela no rosto e/ou corpo?			
5. Você tomou a vacina de varicela? Se tomou a vacina de varicela, recebeu 1 ou 2 doses: _____			
6. Você tem alguma doença imunossupressora? (por ex: leucemia, Neoplasia, HIV....)?			
7. Você toma algum medicamento imunossupressor? (por ex: Corticóide oral há mais de 2 semanas, Quimioterapia...)?			
8. Você já teve alguma reação vacinal? Se sim, com qual vacina e que tipo de reação? _____ _____			
9. Você quer relatar mais alguma informação relativa a sua saúde e/ou sobre sua situação vacinal? _____ _____			

Anexo está a cópia do Cartão de Vacinação para comprovar o recebimento das vacinas.

Sou responsável pelas informações apresentadas, sem mais para o momento.

Atenciosamente.

Preenchido em : ____/____/____

Assinatura do Residente: _____