

Questionário Médico Para Receber a Vacina Contra Sarampo

Endereço			
Nome da Criança	Sexo F • M	Data de nascimento Ano ____ Mês ____ Dia ____ Idade completa Ano(s) ____ Mês(es) ____	
Nome do Responsável	Telefone: _____		

* Após ler o folheto explicativo "Vacinas e a Saúde das Crianças", favor marcar com um círculo as respostas e preencher sem falta os lugares necessários.

QUESTIONÁRIO	Temperatura do corpo antes da consulta		Graus	dec
	RESPOSTA		Espaço preenchido pelo médico	
Você leu o folheto explicativo da vacina que seu filho irá receber hoje? (Vacinas e a Saúde das Crianças)	Sim	Não		
Histórico da Criança: Peso quando nasceu _____ g Apresentou alguma anomalia na hora do parto? Apresentou alguma anomalia após o nascimento? Foi detectado alguma anomalia no exame feito para a saúde do bebê?	Sim Sim Sim	Não Não Não		
Seu filho sente-se mal hoje? Escreva os sintomas(_____)	Sim	Não		
Ele esteve doente nestes últimos meses? Qual doença? (_____)	Sim	Não		
Alguém da família ou algum colega pegou alguma dessas doenças: sarampo, rubéola, catapora, caxumba, etc...? Nome da doença? (_____)	Sim	Não		
Ele recebeu alguma vacina preventiva nestes últimos meses? Nome vacina? (_____)	Sim	Não		
Desde que nasceu até hoje, seu filho foi preciso fazer alguma consulta médica, devido alguma doença grave? (alguma anomalia de nascença, doença do coração, rins, fígado, neuro cerebral, deficiência imunológica, etc.) Nome da doença (_____)	Sim	Não		
Em relação a pergunta acima, o médico que trata do seu filho autorizou receber a vacina de hoje?	Sim	Não		
Alguma vez seu filho sofreu de convulsão? Idade _____	Sim	Não		
Quando ele sofreu de convulsão, apresentou algum sintoma de febre?	Sim	Não		
Seu filho já passou mal ou teve algum problema de pele, como a urticária ou erupções, devido algum remédio ou alimento?	Sim	Não		
Alguns dos seus filhos foi diagnosticado pelo médico, como tendo alguma deficiência imunológica congênita?	Sim	Não		
Seu filho já passou mau, após receber alguma vacina preventiva? Nome da vacina (_____)	Sim	Não		
Alguém da família já passou mau, após receber alguma vacina preventiva?	Sim	Não		
Seu filho recebeu injeção de gamaglobulina ou transfusão sanguínea nos últimos 6 meses?	Sim	Não		
Você tem alguma pergunta em relação a vacinação de hoje?	Sim	Não		
Este espaço está reservado ao médico Ano ____ Mês ____ Dia ____ A vacinação de hoje será (possível • adiada) baseada nos resultados do exame do questionário acima Assinatura do médico _____				

Após o resultado do exame, deseja que seu filho receba a vacina de hoje? (sim • desejo adiar)

Assinatura do responsável _____

Aviso: A gamaglobulina é um certo tipo de proteína sanguínea usada no tratamento de infecções graves e também na prevenção de doenças contagiosas como a Hepatite tipo A. A Vacina contra sarampo entre outras, poderá não apresentar resultados eficientes em pessoas que receberam esta injeção (gamaglobulina) nos últimos 3 a 6 meses.

Nome da Vacina	Quantidade	Local de realização • Nome do médico
Nome: Vacina contra sarampo	(Vacina subcutânea) 0.5 ml	Local de realização: _____ Nome do médico: _____ Data da vacinação: ____ Ano ____ Mês ____ Dia
Lot No. _____		