

FICHA DE VACINAÇÃO COVID-19

ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

Preenchimento do Estabelecimento de Saúde

CNS do Profissional:	CBO:	CNES:	INE/EQUIPE:	Data: ____/____/____ Turno: ☐ M ☐ T ☐ N
----------------------	------	-------	-------------	---

Dados da Vacina

Fabricante:	Lote:	Dose: ☐ Primeira Dose ☐ Segunda Dose ☐ 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:	Nº:	
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

Declaro ser conhecedor que a prática de revacinação pode acarretar a responsabilização criminal e cível.

Por ser verdade firmo a presente declaração.

Juiz de Fora, _____ de _____ de 20____.