

Lista de verificação pré-vacinação para vacinas contra a COVID-19



Para usuários da vacina:

Estas perguntas nos ajudarão a definir se há algum motivo para você não tomar a vacina contra a COVID-19 hoje. **Responder "sim" a qualquer pergunta não significa necessariamente que você não deve tomar a vacina**, mas apenas que será necessário fazer algumas outras perguntas. Se alguma pergunta não estiver clara, peça esclarecimento a seu profissional da saúde.

1. Você está se sentindo mal hoje?

2. Você já tomou uma dose da vacina contra a COVID-19?

- Caso tenha tomado, qual produto de vacina você recebeu?

Pfizer Moderna

Janssen

(Johnson & Johnson)

Outro produto

- Você trouxe sua caderneta ou outro documento de vacinação? (sim/não)

3. Você já teve alguma reação alérgica a:

(Inclui uma reação alérgica grave — por exemplo, anafilaxia — que tenha exigido tratamento com epinefrina, EpiPen® ou hospitalar. Também inclui uma reação alérgica que tenha causado urticária, inchaço ou dificuldade respiratória, inclusive respiração ruidosa.)

- Um componente de uma vacina contra a COVID-19, incluindo um dos seguintes:

o Polietileno glicol (PEG), encontrado em alguns medicamentos como laxantes e preparações para procedimentos de colonoscopia

o Polisorbato, encontrado em algumas vacinas, comprimidos revestidos por película e esteroides intravenosos

- Uma dose anterior de vacina contra a COVID-19

4. Você já teve alguma reação alérgica a outra vacina (diferente da vacina contra a COVID-19) ou a um medicamento injetável?

(Inclui uma reação alérgica grave — por exemplo, anafilaxia — que tenha exigido tratamento com epinefrina, EpiPen® ou hospitalar. Também inclui uma reação alérgica que tenha causado urticária, inchaço ou dificuldade respiratória, inclusive respiração ruidosa.)

5. Marque todas as opções aplicáveis a seu caso:

Sou mulher e tenho entre 18 e 49 anos de idade

Sou homem e tenho entre 12 e 29 anos de idade

Tenho histórico de miocardite ou pericardite

Tive uma reação alérgica grave a alguma outra coisa além da vacina ou terapia injetável, como alimentos, animais de estimação, venenos, alergias ambientais ou a medicamento de administração oral

Tive COVID-19 e recebi tratamento com anticorpos monoclonais ou soro convalescente

Recebi diagnóstico positivo de síndrome inflamatória multissistêmica (MIS-C ou MIS-A) após infecção de COVID-19

Tenho um sistema imune comprometido (ou seja, infecção por HIV, câncer) ou uso medicamentos ou terapias imunossupressores

Tenho um distúrbio hemorrágico

Tomo um afinador de sangue

Tenho histórico de trombocitopenia induzida por heparina (HIT)

Estou grávida ou amamentando

Fiz preenchimentos dérmicos

Histórico de síndrome de Guillain-Barré (SGB)

Nome _____

Idade _____

Sim Não Não sei

Formulário analisado por _____

Data _____