



## Declaração de consentimento de vacinação contra Influenza A(H1N1)

Por favor preencher em letras comuns

Sobrenome: ..... Nome: .....

Data de nascimento: .....

Rua: .....

Código de endereçamento postal: ..... Bairro: .....

Número do Seguro Médico: .....

Número do cartão: .....

Eu afirmo, com minha assinatura, que eu trabalho em instituições de saúde, asilos, serviços de salvamento, na polícia ou nos bombeiros.

Eu afirmo, com minha assinatura, que sofro de doença, contra a qual devo ser, prioritariamente vacinado.

Não pertenço a nenhum dos dois grupos.

Eu li o folheto de esclarecimento e entendi tudo	sim	não
Eu desejo uma conversa com o médico	sim	não
Eu tenho febre (temperatura corporal acima de 38 graus)	sim	não
Eu já tive uma vez alergia após uma vacinação	sim	não
Eu sou sensível a albumina	sim	não
Eu tomo medicamento diluidor do sangue	sim	não
Eu estou grávida	sim	não
Só para crianças menores de 10 anos:	1.vacinação	
	2.vacinação	
Não tenho mais perguntas e gostaria de ser vacinado.		
Data e Assinatura: .....		

### Documentos de vacina (a preencher no local de vacinação)

Vacinação:

1. dose                      data ..... Chargen-No.

2. dose                      data ..... Chargen-No.

Endereço do local de vacinação (carimbo)

Nome e endereço do médico

(Original para o vacinado, cópia para o local da vacina)