

NOME: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_

COVID: \_\_\_\_\_ ENTIDADE: \_\_\_\_\_

1º DOSE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

2º DOSE \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

BANCA: \_\_\_\_\_ HORA: \_\_\_\_ : \_\_\_\_

### ANEXO III

#### Identificação de contraindicações e precauções à vacinação

Perguntas		Sim	Não	Não sabe
<b>Precauções</b>				
1	Está doente hoje?			
2	Tem tosse, febre, dispneia/dificuldade respiratória ou alterações do paladar ou do olfato?			
3	Teve contacto com um caso confirmado de COVID-19 nos últimos 14 dias?			
4	Recebeu alguma vacina nas últimas 2 semanas?			
5	Teve, anteriormente, alguma reação alérgica grave (reação anafilática/edema da glote) a uma vacina?			
6	Teve, anteriormente, reações alérgicas graves (reação anafilática/edema da glote) sem causa identificada?			
7	Tem alergia conhecida a excipientes?			
8	Tem doenças da coagulação?			
9	Toma anticoagulantes?			
10	Tem alguma doença que afete a imunidade?			
11	Fez algum transplante recentemente (nos últimos 3 a 6 meses)?			
12	Fez corticoides, quimioterapia ou radioterapia; terapêutica imunossupressora, nos últimos 3 meses?			
13	Mulheres em idade fértil : Está grávida?			
<b>Contraindicações</b>				
14	Teve, anteriormente, reação adversa grave (anafilática) a uma dose anterior desta vacina ou a algum dos seus componentes?			