

**QUESTIONÁRIO PRÉ-VACINAL : 1a INJEÇÃO**  
QUESTIONNAIRE PRÉ-VACCINAL : 1-re INJECTION

Apelido(s) / Nom: .....

Data marcação 1a injeção/ Date RDV 1-re injection: ...../...../.....

Apelido(s) de solteira / Nom de jeune fille:.....

Hora marcação 1a injeção/ Heure RDV 1-re injection: .....

Nome(s) /Prénom: .....

Data de nascimento / Date de naissance: ...../...../.....

Nº de telefone / N° de téléphone: .....

Idade / Votre âge: .....

**Tem doenças crónicas ?**

Avez-vous des maladies chroniques ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**É profissional de saúde ?**

Êtes-vous professionnel de santé ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**• Já tomou alguma injeção da vacina contra a COVID ?**

Avez-vous déjà reçu une injection de vaccin contre la COVID ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**• Tomou outra vacina nos últimos 15 dias ?**

Avez-vous reçu un autre vaccin au cours des 15 derniers jours ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**• Teve alguma infeção viral (constipação / resfriado, bronquite, gastroenterite) nos últimos 14 dias ?**

Avez-vous eu une infection virale (rhume, bronchite, gastro-entérite) au cours des 14 derniers jours ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**• Tem alergias a laxantes ?**

Avez-vous des allergies à des laxatifs ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**• Tem alergias a vacinas ?**

Avez-vous des allergies à des vaccins ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**• Tem alergias a medicamentos injetáveis ?**

Avez-vous des allergies à des médicaments injectables ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**• Tem alergias a medicamentos não identificados ?**

Avez-vous des allergies à des médicaments non identifiés ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**• Tem alergias graves (necessidade de adrenalina) ?**

Avez-vous des allergies graves (nécessité d'adrénaline) ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**• Tem alergias múltiplas (alimentares, medicamentos) ?**

Avez-vous des allergies multiples (alimentaires, médicaments) ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**• Está grávida (que saiba) ?**

Êtes-vous enceinte (à votre connaissance) ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**• Está a amamentar / amamentando ?**

Allaitez-vous ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**• Toma anticoagulantes ?**

Prenez-vous des anticoagulants ?

**Sim**  **Não**  
Oui Non

**• Já teve a COVID ?**

Avez-vous eu la COVID ?

**Sim, há - de 3 meses**

Oui, il y a - de 3 mois

**Sim, há + de 3 meses**

Oui, il y a + de 3 mois

**Não**

Non

Data/ Date: .....

Assinatura/ Signature: .....

**NÃO PREENCHER, QUADRO RESERVADO AOS PROFISSIONAIS DO CENTRO DE VACINAÇÃO**

NE PAS REMPLIR, CADRE RÉSERVÉ AUX PROFESSIONNELS DU CENTRE DE VACCINATION

P :  W  ZRPF  NSP  
CE :  Oui  Non  
CI :  Oui  Non  
AC :  Oui  Non  
IA :  Oui  IAIC  Non  
DR :  Oui  NN  Non  
HV : \_\_\_\_ h \_\_\_\_ T° ..... TA ..... fc ..... fpo2 .....  
HSZS :  +15 "  +30 "  
SI : .....

**Data marcação 2a injeção/**

Date RDV 2e injection:

...../...../.....