

Questionário de Vacinação contra Influenza

インフルエンザ予防接種予診票

Temperatura Corporal 体温: . °C

Endereço 住所:	Telefone 電話: () -
Nome do paciente 受ける方の氏名:	Data de Nascimento 生年月日:
Nome do responsável 保護者氏名:	Idade 年齢: anos 歳 meses か月

No.	Perguntas 質問事項	Respostas
1	Você leu e entendeu a explicação "Sobre a Vacinação contra a Influenza"? 「インフルエンザ予防接種について」の説明を読んで理解しましたか。	☐ Sim ☐ Não
2	Esta é a primeira vez que você recebe a vacina contra a gripe neste ano fiscal? 今日のインフルエンザ予防接種は今年度 1 回目ですか。 ※13歳未満は2回接種を推奨	☐ 1ª ☐ 2ª
3	Você está se sentindo mal hoje? Ou você esteve doente ou teve febre no último mês? 今日、身体の具合に悪いところがありますか。または 最近1か月以内に、病気にかかったり熱が出たりしましたか。	☐ Não ☐ Sim
4	No último mês, alguém da sua família ou do seu convívio próximo teve sarampo, rubéola, catapora ou caxumba? 最近1か月以内に、家族や周囲で、麻疹、風疹、水痘、おたふくかぜにかかった人がいますか。	☐ Não ☐ Sim
5	Você está atualmente sofrendo de alguma doença? (Isso inclui doenças crônicas, como doenças cardíacas ou renais.) 現在、何か病気にかかっていますか。心臓病や腎臓病等の慢性疾患も含みます。	☐ Não ☐ Sim
	Em caso afirmativo, você está recebendo tratamento (como medicação) para essa doença? その病気に関して治療 投薬などを受けていますか。	☐ Não ☐ Sim
	Em caso afirmativo, você já foi instruído pelo seu médico a não tomar vacinas? その病気の主治医から予防接種を控えるように指導されたことはありますか。	☐ Não ☐ Sim
6	Você já foi diagnosticado com imunodeficiência? 免疫不全と診断されたことがありますか。	☐ Não ☐ Sim
7	Você teve alguma convulsão nos últimos 3 meses? 最近3か月以内に痙攣を起こしたことがありますか。	☐ Não ☐ Sim
8	Você já se sentiu mal após receber uma vacina, tomar um medicamento ou comer algum alimento no passado? これまでに予防接種、薬剤、食品で身体の具合が悪くなったことがありますか。	☐ Não ☐ Sim Causa: _____
9	Você já tomou a vacina contra a gripe antes? インフルエンザの予防接種を受けたことがありますか。	☐ Sim ☐ Não
	Em caso afirmativo, você se sentiu mal na ocasião? その際に身体の具合が悪くなったことがありますか。	☐ Não ☐ Sim
10	Você recebeu alguma outra vacina no último mês? 最近 1 か月以内に予防接種を受けましたか。 Tipo種類: _____ Data接種日: _____	☐ Não ☐ Sim
A pergunta a seguir é apenas para estudantes do ginásial (chugakusei) e abaixo. 以下は、中学生以下の方のみご回答ください		
11	Houve alguma anormalidade no nascimento, após o nascimento ou durante os exames de saúde infantis para a qual foi aconselhado a não tomar vacinas? 出生時・出生後・乳幼児健診で異常があり、予防接種を控えるように指導されましたか。	☐ Não ☐ Sim

Seção de Assinatura do Paciente 被接種者の記入欄

Tendo recebido a consulta e a explicação do médico, e compreendendo os efeitos, o propósito, os benefícios da vacina e a possibilidade de efeitos colaterais graves, eu: ワクチンの接種を
(desejo ser vacinado 希望します ・ não desejo ser vacinado 希望しません) .
Data 日付: _____ Assinatura do Paciente 被接種者自署: _____

Seção para o responsável 保護者の記入欄

Com base nas respostas às perguntas acima, e após consulta e exame médico, se for determinado que a vacinação é possível, eu consinto com a administração da vacina contra a influenza. ワクチンを接種することに
(Concordo 同意します ・ Não concordo 同意しません)
Data 日付: _____ Assinatura do responsável 保護者自署: _____

Apenas para uso médico 以下は記入不要です

以上の問診及び診察の結果、今日の予防接種は (可能 ・ 見合わせる)
本人に対して、予防接種の効果・目的、接種するワクチンの有益性及び副反応並びに予防接種健康被害救済制度について説明した。
医師の署名: _____

ワクチン名・ロット番号: 接種量 ☐ 0.25 mL(3歳未満) ☐ 0.5 mL	実施場所: 静岡県菊川市赤土1055-1 菊川市家庭医療センター 医師名: _____ 接種年月日: 令和____年____月____日
--	---

Sobre a Vacinação contra a Influenza

Ao administrar vacinas contra a gripe, é necessário compreender bem o estado de saúde da pessoa que vai ser vacinada. Por isso, preencha o questionário de pré-consulta na frente o mais detalhadamente possível. No caso de crianças, peça a um responsável que conheça bem o seu estado de saúde para preencher.

[Eficácia e Efeitos Colaterais da Vacina]

A vacinação pode prevenir a infecção por gripe ou aliviar os seus sintomas. Espera-se também que previna complicações e mortes causadas pela gripe.

Por outro lado, os efeitos colaterais são geralmente leves. O local da injeção pode ficar vermelho, inchado, endurecido, quente, dolorido ou dormente, mas isso geralmente desaparece em 2 a 3 dias. Febre, calafrios, dor de cabeça, mal-estar, perda transitória de consciência, tontura, inchaço dos gânglios linfáticos, vômitos/náuseas, diarreia, dor nas articulações, dor muscular, etc., também podem ocorrer, mas geralmente desaparecem em 2 a 3 dias. Raramente, podem ocorrer reações de hipersensibilidade como erupções cutâneas, urticária, eczema, eritema e coceira. Indivíduos com alergia grave a ovos devem sempre informar o seu médico, pois existe a possibilidade de efeitos colaterais graves. Embora muito raros, os seguintes efeitos colaterais podem ocorrer: (1) Choque, sintomas anafiláticos (urticária, dificuldade respiratória, etc.), (2) Encefalomielite disseminada aguda (febre, dor de cabeça, convulsões, deficiência motora, distúrbio da consciência, etc., dentro de alguns dias a 2 semanas após a vacinação), (3) Síndrome de Guillain-Barré (dormência em ambas as mãos e pés, dificuldade para andar, etc.), (4) Convulsões (incluindo convulsões febris), (5) Disfunção hepática, icterícia, (6) Crise asmática, (7) Púrpura trombocitopênica, trombocitopenia, (8) Vasculite (púrpura alérgica, vasculite granulomatosa alérgica, vasculite leucocitoclástica, etc.), (9) Pneumonia intersticial, (10) Encefalite/encefalopatia, mielite, (11) Síndrome de Stevens-Johnson (síndrome oculomucocutânea). Se tais sintomas forem observados ou suspeitos, informe imediatamente o seu médico. Em caso de danos à saúde (doença ou deficiência que exija hospitalização, etc.), a pessoa afetada ou sua família seguirá os procedimentos de socorro com base na Lei da Agência de Produtos Farmacêuticos e Dispositivos Médicos.

[Pessoas que Não Podem Receber a Vacinação]

1. Pessoas com febre evidente (acima de 37.5°C)
2. Pessoas claramente sofrendo de uma doença aguda grave
3. Pessoas que já tiveram anafilaxia após receber a vacina contra a gripe. Para aqueles que tiveram anafilaxia após receber outros medicamentos, informe seu médico antes da vacinação e peça seu julgamento.
4. Outros que o médico considere inadequados para a vacinação.

[Pessoas que Devem Consultar um Médico Antes da Vacinação]

1. Pessoas com doenças cardíacas, renais, hepáticas ou sanguíneas.
2. Pessoas com desenvolvimento atrasado que estão recebendo orientação de um médico ou enfermeiro de saúde pública.
3. Pessoas que parecem estar no início de um resfriado ou doença semelhante.
4. Pessoas que apresentaram sintomas anormais sugestivos de alergia, como febre, erupção cutânea ou urticária, dentro de 2 dias após receber uma vacinação anterior.
5. Pessoas que tiveram erupções cutâneas ou outras anormalidades físicas devido a medicamentos ou alimentos (ovos de galinha, carne de frango, etc.).
6. Pessoas que já tiveram convulsões no passado.
7. Pessoas que, ou cujos parentes próximos, foram diagnosticados com um estado imunológico anormal por meio de exames no passado.
8. Pessoas que podem estar grávidas.
9. Pessoas com asma brônquica.

[Precauções Após a Vacinação]

1. Efeitos colaterais agudos podem ocorrer dentro de 30 minutos após receber a vacina contra a gripe. Observe sua condição enquanto estiver em uma instituição médica e esteja pronto para entrar em contato com um médico imediatamente.
2. Tomar banho no dia da vacinação não é problema, mas evite esfregar o local da injeção.
3. No dia da vacinação, mantenha o local da injeção limpo e viva normalmente. Evite exercícios extenuantes e consumo excessivo de álcool.
4. No caso improvável de sintomas anormais, como febre alta ou convulsões, procure atendimento médico imediatamente.

Por favor, meça sua temperatura corporal antes de sair de casa.