

## CHECK-LIST PRÉ - VACINAÇÃO.

**Recomendação aos municípios com casos de febre amarela confirmados em humanos e ou primatas como também em municípios limítrofes.**

Nome: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ UBS: \_\_\_\_\_

### 1 - COMPROVANTE DE VACINAÇÃO DA VACINA DA FEBRE AMARELA?

- SIM – Não se aplica o questionário, considerar paciente vacinado.  
 NÃO – Realizar as perguntas número 02 e 03

### 2. Trata-se de RECOMENDAÇÃO ESPECIAL?

- SIM  NÃO - PESSOA MAIOR DE 60 ANOS – se SIM, encaminhar para avaliação do serviço de saúde  
 SIM  NÃO - GESTANTE – se SIM, seguir as orientações da NT MS 94/2017 anexo I  
 SIM  NÃO - AMAMENTANDO criança < 6 MESES – se SIM, seguir as orientações da NT MS 94/2017 anexo I

### 3. Grupos com INDICAÇÃO DE AVALIAÇÃO DO SERVIÇO DE SAÚDE:

- ✓ **Portador de DOENÇA QUE AFETA O SISTEMA IMUNOLÓGICO?**  
 SIM  NÃO Câncer  
 SIM  NÃO HIV/AIDS  
 SIM  NÃO Doenças do Timo  
 SIM  NÃO Doenças reumatológicas  
 SIM  NÃO Transplantados
- ✓ **Usuário de MEDICAMENTOS DE AFETAM O SISTEMA IMUNOLÓGICO**  
 SIM  NÃO Quimioterapia / Radioterapia  
 SIM  NÃO Corticosteróides Orais ou EV  
 SIM  NÃO Imunobiológicos (Infliximabe, Etanercepte, Golimumabe, Certolizumabe, Abatacept, Belimumabe, Ustequinumabe, Canaquinumabe, Tocilizumabe, Ritoximabe; entre outros)
- ✓ **Portador de DOENÇA CRÔNICA**  
 SIM  NÃO Cardiopatia  
 SIM  NÃO Pneumopatia  
 SIM  NÃO Nefropatia  
 SIM  NÃO Neurológica  
 SIM  NÃO Doença reumatológica (Lúpus, artrite reumatóide, entre outras)
- ✓ **Alergia GRAVE DOCUMENTADA a medicamentos ou alimentos?**  
 Sim Qual? \_\_\_\_\_  Não

**Caso SIM em alguma das perguntas 2 e/ou 3 acima descritas, sugerimos AVALIAÇÃO do serviço de saúde.**

**Se todas as respostas acima forem NÃO, administrar a vacina e registrar no SIPNI.**