

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.