



**SESMT - QUESTIONÁRIO DE DOENÇAS DA INFÂNCIA E IMUNIZAÇÕES PRÉVIAS:
(PREENCHER EM LETRA DE FORMA E POR EXTENSO E ENTREGAR NA MATRÍCULA)**

NOME: _____

DATA NASCIMENTO ____/____/_____

TELS. CONTATO: _____

FACULDADE DE FORMAÇÃO: _____

DEPARTAMENTO / ESPECIALIZAÇÃO: _____

DOENÇAS DA INFÂNCIA

SARAMPO	() NÃO	() SIM
CAXUMBA	() NÃO	() SIM
RUBÉOLA	() NÃO	() SIM
COQUELUCHE (TOSSE COMPRIDA)	() NÃO	() SIM
VARICELA (CATAPORA)	() NÃO	() SIM
HEPATITE A	() NÃO	() SIM

VACINAS APLICADAS NA IDADE ADULTA

DUPLA ADULTO (DIFTERIA/TÉTANO) () NÃO () SIM

primeira dose ____/____/____ segunda dose ____/____/____ Última dose ____/____/____

SCR (SARAMPO/CAXUMBA/RUBÉOLA) () NÃO () SIM

Última dose ____/____/____

HEPATITE B () NÃO () SIM

primeira dose ____/____/____ segunda dose ____/____/____ terceira dose ____/____/____

anti HBs ____/____/____ resultado _____

HEPATITE A () NÃO () SIM

primeira dose ____/____/____ segunda dose ____/____/____

VARICELA () NÃO () SIM

primeira dose ____/____/____ segunda dose ____/____/____

FEBRE AMARELA () NÃO () SIM

Última dose ____/____/____

TESTE PPD ____/____/____ resultado _____

Estou ciente de que serão aplicadas as vacinas referentes ao programa de saúde, de acordo com as respostas deste questionário.

SÃO PAULO, ____/____/_____

Assinatura.: _____