

# Vacinação contra Influenza (Vacina contra Gripe) – Histórico Médico

## インフルエンザ予防接種予診票 (ポルトガル語)

\* Pacientes que desejam vacinação contra influenza : Favor preencher os campos com as bordas grossas. 接種希望の方へ：太ワケ内にご記入ください。

\* Em caso de crianças, o formulário devem ser preenchido pelos seus responsáveis que conhecem bem o seu estado de saúde. お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者をご記入ください。

Temperatura do corpo antes do exame 診察前の体温	℃
---	---

Endereço 住所	TEL
Nome do paciente 受ける人の名前	Sexo 性別 <input type="checkbox"/> Masculino 男 <input type="checkbox"/> Feminino 女
(Nome do responsável) (保護者の氏名)	Data de nascimento 生年月日 (      ano 年      mês 月      dia 日 (      anos 歳 (meses) ヶ月)

Perguntas 質問事項	Respostas 回答欄	Nota médica 医師記入欄
1 Você leu e compreendeu a explicação sobre a vacinação que irá tomar hoje? 今日受ける予防接種についての説明文を読んで理解しましたか	<input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい	
2 É a primeira vez que toma a vacinação contra a influenza (vacina contra a gripe) nesta estação do ano? 今日受けるインフルエンザ予防接種は今シーズン1回目ですか	<input type="checkbox"/> Não いいえ Esta é a minha ____vez 回目 Tomei a última vacina em 前回の接種は ____mês 月 ____dia 日.	<input type="checkbox"/> Sim はい
3 Está se sentindo mal hoje? 今日、体に具合の悪いところがありますか	<input type="checkbox"/> Sim ある <input type="checkbox"/> Não ない	
4 Está recebendo atualmente tratamento médico devido a alguma doença? 現在、何かの病気で医師にかかっていますか	<input type="checkbox"/> Sim はい <input type="checkbox"/> Não いいえ	
• Está recebendo tratamento médico (medicação etc.)? 治療(投薬など)を受けていますか	<input type="checkbox"/> Sim はい <input type="checkbox"/> Não いいえ	
• O médico que você recebe tratamento autorizou você tomar hoje a vacinação contra a influenza? その病気の主治医には、今日の予防接種を受けてもよいと言われましたか。	<input type="checkbox"/> Não いいえ <input type="checkbox"/> Sim はい	
5 Você ficou doente nos últimos 30 dias? 最近1ヶ月以内に病気にかかりましたか	<input type="checkbox"/> Sim はい <input type="checkbox"/> Não いいえ	
6 Você já foi diagnosticado (a) com alguma doença séria? 今までに特別な病気にかかり医師の診察を受けていますか	<input type="checkbox"/> Sim はい <input type="checkbox"/> cardiovascular 心臓血管系 <input type="checkbox"/> rim 腎臓 <input type="checkbox"/> fígado 肝臓 <input type="checkbox"/> doença sanguínea 血液疾患 <input type="checkbox"/> imunodeficiências 免疫不全症	<input type="checkbox"/> Não いいえ
7 Você já foi diagnosticado (a) com pneumonia intersticial, asma brônquica ou outra doença respiratória? Caso sim, você está se tratando atualmente? 間質性肺炎や気管支喘息等の呼吸器系疾患と診断され、現在、治療中ですか	<input type="checkbox"/> Sim はい ____ano 年 ____mês 月頃 <input type="checkbox"/> Está se tratando 現在治療中 <input type="checkbox"/> Não está se tratando 治療していない	<input type="checkbox"/> Não いいえ
8 Você já teve espasmos (convulsões)? 今までにけいれん(ひきつけ)を起こしたことがありますか	<input type="checkbox"/> Sim ある ____vezes 回ぐらい A última vez foi em 最後は ____ano 年 ____mês 月頃	<input type="checkbox"/> Não ない
9 Você já teve erupção cutânea, urticária, alergia ou se sentiu mal ingerindo algum remédio ou alimento? 薬や食品で皮膚に発しんやじんましんがでたり、体の具合が悪くなったことがありますか	<input type="checkbox"/> Sim ある Nome do remédio ou alimento: 薬または食品の名前 <input type="checkbox"/> ovo 卵 <input type="checkbox"/> frango 鶏肉 <input type="checkbox"/> outros その他	<input type="checkbox"/> Não ない
10 Algum parente próximo a você já foi diagnosticado que padece de imunodeficiência congênita? 近親者に先天性免疫不全と診断された方がいますか	<input type="checkbox"/> Sim はい <input type="checkbox"/> Não いいえ	
11 Você, sua família ou alguém próximo padeceu sarampo, rubéola, varicela ou caxumba nos últimos 30 dias? 1ヶ月以内に家族や周囲で麻疹、風しん、水痘、おたふくかぜなどにかかった方がいますか。	<input type="checkbox"/> Sim いる <input type="checkbox"/> sarampo 麻疹 <input type="checkbox"/> rubéola 風しん <input type="checkbox"/> varicela 水痘 <input type="checkbox"/> caxumba おたふくかぜ	<input type="checkbox"/> Não いない
12 Você tomou alguma vacina nos últimos 30 dias? 1ヶ月以内に予防接種を受けましたか	<input type="checkbox"/> Sim はい Nome da vacina 予防接種名 _____	<input type="checkbox"/> Não いいえ
13 Você já se sentiu mal no passado depois de tomar alguma vacina? これまでに予防接種を受けて具合が悪くなったことがありますか	<input type="checkbox"/> Sim ある Nome da vacina 予防接種名 <input type="checkbox"/> Vacinação contra influenza インフルエンザ予防接種 <input type="checkbox"/> Outras その他 _____	<input type="checkbox"/> Não ない
14 (Somente para mulheres) Você está grávida no momento? (女性の方に)現在妊娠していますか	<input type="checkbox"/> Sim はい <input type="checkbox"/> Não いいえ	
15 (No caso de criança a ser vacinada) (予防接種を受けられる方がお子さんの場合) A criança teve algum problema de saúde durante o parto, no nascimento ou no exame infantil? 分娩時、出生時、乳幼児健診などで異常がありましたか	<input type="checkbox"/> Sim ある <input type="checkbox"/> no parto 分娩時 _____ <input type="checkbox"/> nascimento 出生時 _____ <input type="checkbox"/> exame infantil 乳幼児健診 _____	<input type="checkbox"/> Não ない
16 Se deseja comunicar algo sobre sua saúde ao médico, favor escrever neste campo. その他、健康状態のことで医師に伝えておきたいことがあれば、具体的に書いてください。		

**Campo de preenchimento do médico:** Como resultado da entrevista e da consulta acima, **Assinatura ou carimbo do médico**  
a vacinação de hoje (será aplicada/ não será aplicada). 医師の署名又は記名押印  
Expliquei ao (à) paciente (ou ao responsável) os efeitos e os efeitos colaterais da vacinação  
e os serviços de assistência com base na Lei de Agência de Aparelhos Médicos e  
Farmacêuticos.  
**医師の記入欄:** 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(もしくは保護者)に対して、予防接種の効果、副反応及び医薬品医療機器総合機構法に基  
づく救済について、説明した。

Ao ser examinado (a) e de receber a explicação do médico, e  
depois de compreender sobre os seus efeitos, o objetivo e a  
possibilidade de efeitos colaterais graves da vacina, pretende tomar  
a vacina?  
**Assinatura do (a) paciente (ou do responsável)**  
本人の署名(または保護者の署名)  
**医師の診察・説明を受け、予防接種の効果や目的、重篤な副反応の可能性な  
どについて理解した上で、接種を希望しますか。**  
 Sim, quero tomar a vacina 接種を希望します  
 Não, não quero tomar a vacina 接種を希望しません  
\* Se o (a) paciente não conseguir escrever, o seu  
representante precisa assinar, escrever o seu nome e a  
sua relação com ele (a).  
自書できない者は代筆者が署名し、代筆者氏名及び被接種者との  
続柄を記載。

Nome da vacina usada 使用ワクチン名		Uso e quantidade 用法・用量	Instituição de aplicação/nome do médico/data e horário da vacinação 実施場所・医師名・接種日時
Vacina HA contra influenza インフルエンザ HA ワクチン	Lot.No.	Injeção subcutânea 皮下接種 <input type="checkbox"/> 0,5ml (3 anos ou mais) 0.5ml (3歳以上) <input type="checkbox"/> 0,25ml (6 meses ou mais e menos de 3 anos) 0.25ml (6ヶ月以上3歳 未満)	Instituição de aplicação 実施場所 :  Nome do médico 医師名 :  Data e horário da vacinação 接種日 時 : (ano) (mês) (dia) 年 月 日 : horas minutos : 時 分
Registro médico No. カルテ No.			

## インフルエンザワクチンの接種について

インフルエンザの予防接種を実施するに当たって、受けられる方の健康状態をよく把握する必要があります。そのため、予診票に出来るだけ詳しくご記入ください。お子さんの場合には、健康状態をよく把握している保護者がご記入ください。

### [ワクチンの効果と副反応]

予防接種により、インフルエンザの発病を阻止したり、インフルエンザによる合併症や死亡などを予防することが期待されます。

一方、副反応は一般的に軽微です。注射部位が赤くなる、腫れる、硬くなる、熱をもつ、痛くなる、しびれることがあります。通常は2～3日で消失します。発熱、悪寒、頭痛、倦怠感、一過性の意識消失、めまい、リンパ腫膨張、嘔吐・嘔気、腹痛、下痢、食欲減退、関節痛、筋肉痛なども起こることがありますが通常は、2～3日で消失します。過敏症として、発しん、じんましん、湿しん、紅斑、多形紅斑、かゆみなども起こります。その他に、顔面神経麻痺などの麻痺、末梢系ニューロパチー、ぶどう膜炎があらわれることがあります。強い卵アレルギーのある方は、重篤な副反応を生じる可能性がありますので必ず医師に申し出て下さい。非常にまれですが、次のような副反応が起こることがあります。(1)ショック、アナフィラキシー様症状(じんましん、呼吸困難など)、(2)急性散在性脳脊髄炎(接種後数日から2週間以内の発熱、頭痛、けいれん、運動障害、意識障害など)、(3)ギラン・バレー症候群(両手足のしびれ、歩行障害など)、(4)けいれん(熱性けいれんを含む)、(5)肝機能障害、黄疸、(6)喘息発作、(7)血小板減少性紫斑病、血小板減少、(8)血管炎(アレルギー性紫斑病、アレルギー性肉芽腫性血管炎、白血球破碎性血管炎等)、このような症状が認められたり、疑われた場合は、すぐに医師に申し出て下さい。なお、健康被害(入院が必要な程度の疾病や障害など)が生じた場合については、健康被害を受けた人又は家族が独立行政法人医薬品医療機器総合機構法に基づいて救済手続きを行うことになります。

### [予防接種を受けることができない人]

- 1 明らかに発熱のある人(37.5℃以上の人)
- 2 重篤な急性疾患にかかっていることが明らかな人
- 3 過去にインフルエンザワクチンの接種を受けて、アナフィラキシーを起こしたことがある人  
なお、他の医薬品投与を受けてアナフィラキシーを起こした人は、接種を受ける前に医師にその旨を伝えて判断を仰いでください。
- 4 その他、医師が予防接種を受けることが不相当を判断した人

### [予防接種を受けるに際し、医師とよく相談しなければならない人]

- 1 心臓病、腎臓病、肝臓病や血液の病気などの人
- 2 発育が遅く、医師、保健師の指導を受けている人
- 3 かぜなどのひきはじめと思われる人
- 4 予防接種を受けたときに、2日以内に発熱のみられた人及び発しん、じんましんなどのアレルギーを疑う異常がみられた人
- 5 薬の投与又は食事(鶏卵、鶏肉など)で皮膚に発しんがでたり、体に異常をきたしたことがある人
- 6 今までのけいれん(ひきつけ)を起こしたことがある人
- 7 過去に本人や近親者で検査によって免疫状態の異常をしてきされたことのある人
- 8 妊娠している人
- 9 間質性肺炎、気管支喘息などの呼吸器系疾患のある人

### [ワクチン接種後の注意]

- 1 インフルエンザワクチンを受けたあと30分間は、急な副反応が起きることがあります。医療機関にいるなどして、様子を観察し、医師とすぐに連絡がとれるようにしておきましょう。
- 2 接種部位は清潔に保ちましょう。接種当日の入浴は差し支えありませんが、接種部位をこすることはやめましょう。
- 3 接種当日はいつも通りの生活をしましょう。激しい運動や大量の飲酒は避けましょう。
- 4 万一、高熱やけいれん等の異常な症状がでた場合、速やかに医師の診察を受けてください。

## **Vacinação contra Influenza**

Para aplicar a vacinação contra influenza (ou vacina contra gripe) no(a) paciente, precisamos saber antes de tudo as condições de sua saúde. Assim, solicitamos que preencha a planilha de histórico médico de forma mais detalhada possível. Em caso de crianças, a planilha deve ser preenchida por um(a) responsável que conheça bem as condições de sua saúde.

### **[Efeitos e efeitos colaterais da vacinação]**

A vacinação previne o adoecimento da influenza, as complicações e mortes associadas ao vírus da influenza.

Em geral os efeitos colaterais são leves. O local da injeção pode ficar vermelho, inchar, enrijecer, aquecer, doer ou formigar, mas esses sintomas normalmente desaparecem dentro de 2 ou 3 dias. Podem ocorrer também febre, calafrios, dores de cabeça, moleza, perda temporária da consciência, tontura, inchaço nos gânglios linfáticos, vômito ou náusea, dor de estômago, diarreia, perda de apetite, dor nas articulações/nos músculos, mas esses sintomas também normalmente desaparecem dentro de 2 ou 3 dias. A hipersensibilidade à vacinação pode provocar erupções cutâneas, urticárias, eczema, eritema, eritema multiforme e/ou comichão, bem como paralisia facial e outras paralisias, neuropatia periférica e/ou uveíte. As pessoas com alergia a ovo precisam informar ao médico, pois podem apresentar grave efeito colateral. Os seguintes efeitos colaterais são bastante raros mas podem ocorrer: 1) choque, reação anafilática (urticária, dificuldade de respiração etc.); 2) encefalomielite disseminada aguda (febre, dor de cabeça, convulsões, mobilidade reduzida, distúrbio da consciência etc. dentro de 2 semanas após a vacinação); 3) síndrome de Guillain-Barré (dormência nas mãos ou nos pés, dificuldade para caminhar etc.); 4) convulsão (incluindo convulsão febril); 5) disfunção renal, icterícia; 6) crises de asma; 7) púrpura trombocitopênica, redução de plaquetas; e 8) vasculite (púrpura alérgica, angeíte granulomatosa alérgica, vasculite leucocitoclástica etc.). Informe ao seu médico se você tiver algum dos sintomas dos efeitos colaterais acima. Se você tiver algum problema de saúde (alguma doença ou lesão que necessite de hospitalização), você ou sua família deve fazer os trâmites necessários para poder receber os serviços de assistência de acordo com a Lei de Agência de Aparelhos Médicos e Farmacêuticos.

### **[Pacientes que não podem receber a vacinação contra influenza]**

- 1 Pacientes com febre alta (acima de 37,5°C)
- 2 Pacientes com alguma doença aguda séria.
- 3 Pacientes que tiveram no passado, a reação anafilática à vacinação contra influenza.  
Além disso, pacientes que tiveram no passado, alguma reação anafilática ao ingerir algum outro remédio deve informar o médico antes de tomar a vacina.
- 4 Pacientes que o médico julgou que não pode tomar a vacina.

### **[Pacientes que precisam consultar o seu médico antes de tomar a vacinação contra influenza]**

- 1 Pacientes com doenças do coração, rim, fígado, sangue ou outra doença séria.
- 2 Pacientes com atraso de desenvolvimento que estejam recebendo cuidados de médicos ou enfermeiros de saúde pública.
- 3 Pacientes que estão no período inicial de padecer uma gripe.
- 4 Pacientes que tiveram no passado, febre alta dentro de 2 dias após a vacinação, ou complicações alérgicas como erupção cutânea ou urticárias.
- 5 Pacientes que tiveram no passado, erupção cutânea ou passaram mal devido ao remédio ou alimento (que continha ovo, carne de frango, etc.).
- 6 Pacientes que tiveram no passado espasmos (convulsões).
- 7 Pacientes que no passado foram diagnosticados com imunodeficiências, ou tiveram parentes diagnosticados com essa doença.
- 8 Mulheres grávidas.
- 9 Pacientes com pneumonia intersticial, asma brônquica ou outras doenças respiratórias.

### **[Cuidados depois de tomar a vacinação contra influenza]**

- 1 Você pode sentir os efeitos colaterais repentinos dentro de 30 minutos após a vacinação contra influenza. Permaneça na instalação médica durante esse tempo para observar os seus sintomas e contatar imediatamente o médico em caso de necessidade.
- 2 Mantenha o local da injeção limpo e higiênico. Você pode tomar ducha ou banho no mesmo dia da vacinação, mas não esfregue nem arranhe o local da injeção.
- 3 Você pode levar a sua vida normal no dia da vacinação. Evite exercícios pesados e excesso de consumo de álcool.