



HOSPITAL UNIVERSITÁRIO REGIONAL DO NORTE DO PARANÁ
SECRETARIA DOS CURSOS DE RESIDÊNCIA NA ÁREA DA SAÚDE

INQUÉRITO DE VACINA/DECLARAÇÃO DE VACINAÇÃO

Preencher com letra legível, anexar a(s) carteira(s) de vacinação e cartão SUS
(ESCANEAR em documento único (não fotografar))

Eu, _____ RG. _____

Residência/Área: _____.

Data de Nasc.: ____/____/____. Nº de matrícula (UEL) _____

nº Cartão SUS: (obrigatório): _____

Declaro para os devidos fins que estou com minha situação vacinal em dia, ou seja, recebi as seguintes vacinas:

1. Hepatite B – 1ª dose 2ª dose 3ª dose
2. dT – 1ª dose 2ª dose 3ª dose e de reforço a cada 10 anos
3. Tríplice viral (sarampo, caxumba, rubéola) – 1ª dose 2ª dose
4. Febre Amarela – dose única
5. COVID-19 - dose única; 1ª dose 2ª dose 3ª dose 4ª dose Reforço

Termo de Ciência sobre Varicela para profissional e estudante da área da Saúde

	SIM	NÃO	NÃO SEI
1. Você já teve varicela (ou catapora)?			
2. Alguém na sua casa já teve varicela enquanto você morava lá?			
3. Você já teve Herpes Zoster?			
4. Você tem cicatriz de varicela no rosto e/ou corpo?			
5. Você tomou a vacina de varicela? Se tomou a vacina de varicela, recebeu 2 doses: _____			
6. Você tem alguma doença imunossupressora? (por ex: leucemia, Neoplasia, HIV...)?			
7. Você toma algum medicamento imunossupressor? (por ex: Corticóide oral há mais de 2 semanas, Quimioterapia...)?			
8. Você já teve alguma reação vacinal? Se sim, com qual vacina e que tipo de reação? _____			
9. Você quer relatar mais alguma informação relativa a sua saúde e/ou sobre sua situação vacinal? _____			

Anexo - está a cópia do Cartão de Vacinação para comprovar o recebimento das vacinas.

Sou responsável pelas informações apresentadas, sem mais para o momento.

Atenciosamente.

Preenchido em : ____/____/____ Assinatura do Residente: _____