



# PORTUGUESE Formulário de Autorização para Adultos

Esse formulário deve ser usado para registrar a administração da vacina MVA-BN

Versão 6.0 12/09/2022

**Declaração de Privacidade:** A equipe HSE está ciente de sua obrigação nos termos da Lei de Proteção de Dados, 1988-2018 (incluindo GDPR). As informações fornecidas serão incluídas em um Banco de Dados de Imunização. A HSE usará essa informação para validar clientes, monitorar programas de vacinação e fornecer assistência médica.

## Seção 1: Detalhes pessoais

Preencha esta parte para a pessoa que será vacinada (USE LETRAS MAIÚSCULAS)

Nome:  Sobrenome:

Número de Serviço Público Pessoal (PPSN):

Data de nascimento:  /  /  A qual você foi atribuído quando nasceu: (circule) Masculino Feminino

Com qual gênero você se identifica: (circule) Masculino (incluindo homem trans) Feminino (incluindo mulher trans) Não binário

Endereço:

Município:  Eircode (código eletrônico):

Número do celular:  Endereço do e-mail:

Nome e endereço do GP (médico da família):

**Somente para profissionais de assistência médica** - Em qual hospital ou serviço você trabalha?

## Responda as seguintes questões

(circule a sua resposta)

Você já tomou a vacina MVA-BN ou outra vacina contra varíola?  **Sim Não**

Em caso afirmativo, qual o nome da vacina?

Qual a data em que tomou a vacina?

Você apresentou alergia a vacinas no passado? **Sim Não**

Você já teve alergia a ovos ou produtos derivados do ovo (incluindo frango ou penas) no passado? **Sim Não**

Você já teve alguma alergia grave? **Sim Não**

Em caso afirmativo, especifique

Neste momento, sua temperatura está elevada ou você se sente indisposto? **Sim Não**

Você tem dermatite atópica? **Sim Não**

Você tem um histórico de formação de queiloide? **Sim Não**

Você apresenta alguma condição ou recebeu tratamento que enfraqueça seu sistema imunológico? **Sim Não**

Você está grávida? **Sim Não**

Você está amamentando? **Sim Não**

Você planeja tomar a vacina da COVID-19 nas próximas 4 semanas? **Sim Não**

## Seção 2: Autorização

**Assinale as alternativas para cada declaração e assine para autorizar a sua vacinação**

Estou ciente dos possíveis riscos, benefícios e efeitos colaterais dessas vacinas.

Autorizo a administração da MVA-BN (1 ou 2 doses com 28 dias entre elas) conforme determinado pelo profissional de assistência médica.

Assinatura:  Data:  /  /

## PARA USO ADMINISTRATIVO APENAS | FOR OFFICE USE ONLY

Date Given (DD/MM/YYYY)	Vaccine Name & Manufacturer	Batch Number	Expiry Date Month/Year	Use by date	Injection Site

Prescriber Signature:  HSE Clinic / Hospital Name, Address, or Stamp

PIN/MCRN:

Vaccinator Signature:

PIN/MCRN: