

## Inquérito a utentes indicados para avaliação da imunidade à COVID-19

Dados Pessoais
----------------

Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Nome completo: \_\_\_\_\_

Documento de identificação: \_\_\_\_\_ Número \_\_\_\_\_

Número SNS (utente): \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_

Telefone: \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

Altura: \_\_\_\_\_ m

Peso: \_\_\_\_\_ Kg

## Antecedentes - Doenças crónicas e Tratamentos

### Tem alguma destas doenças crónicas?

- |   |                              |                              |                                   |
|---|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Diabetes  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |
| Doença cardiovascular<br>(Exclui hipertensão)             | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |
| Hipertensão<br>(Tensão arterial alta)                     | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |
| Doença hematológica<br>(Doença de sangue)                 | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |
| Doença pulmonar crónica<br>(Exclui asma)                  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |
| Asma  | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |
| Doença auto-imune<br>(Ex. artrite reumatoide, lúpús, ...) | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |
| Obesidade<br>(IMC $\geq 30$ )                             | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |
| Doença hepática crónica                                   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |
| Cancro<br>(Nos últimos 5 anos)                            | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |
| Imunodeficiência<br>(Primária ou adquirida)               | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |

Outra. Qual? \_\_\_\_\_

### Fez algum dos seguintes tratamentos?

- |  |                              |                              |                                   |
|--|------------------------------|------------------------------|-----------------------------------|
| Tratamentos Imunossupressores<br>(nos últimos 3 meses) | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |
| Transplante de órgão                                   | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |
| Transfusão sanguínea<br>(nos últimos 6 meses)          | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> | Não sabe <input type="checkbox"/> |

### Antecedentes - COVID-19

Já teve COVID-19? Sim  Não  Quando? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Se respondeu sim, teve sintomas? Sim  Não

Quais? \_\_\_\_\_

Teve contacto com algum caso suspeito ou confirmado de COVID-19?

Sim  Não  Quando? \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

### Vacinação para a COVID-19

1ª Dose Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2ª Dose Data \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Qual o Centro de Vacinação? \_\_\_\_\_

Qual a vacina? \_\_\_\_\_

Teve sintomas associados à vacina? Sim  Não

Quais? \_\_\_\_\_

**COVID-19 após vacinação**

**Após a vacinação:**

**Foi diagnosticado com COVID-19?** Sim  Não

Se respondeu sim, indique quando \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Teve contacto com algum caso suspeito ou confirmado de COVID-19?**

Sim  Não

Se respondeu sim, indique quando \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

**Teve sintomas associados à COVID-19?** Sim  Não

Quais? \_\_\_\_\_

Data de início dos sintomas \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

## Vacina da Gripe

Tomou nos últimos anos a vacina da gripe sazonal?

Sim  Não

Teve alguma reação adversa à vacina da gripe?

Sim  Não  Não-Applicável

Alguma vez teve gripe sazonal apesar de ter sido vacinado?

Sim  Não  Não-Applicável

Outras observações reportadas pelo utente:

---

---

---

---