



TERMO DE CONSENTIMENTO

#VacinaJá

Data: ___/___/___

Primeira dose Segunda dose

Unidade de saúde/CNES: _____

Nome completo: _____

Data Nascimento: ___/___/___

Telefone: _____

Gênero: _____ Raça/cor: _____

CPF: _____ CNS: _____

Ocupação/Profissão: _____

Endereço Residencial: _____

Nas últimas 72 horas, apresentou febre ou esteve doente? SIM NÃO

Nas últimas duas semanas, você testou positivo para COVID-19? SIM NÃO

Você tem ou já teve reação alérgica a algum tipo de vacina? SIM NÃO

Se sim, qual(is)? _____

Você já recebeu outro tipo de vacina contra a COVID-19? SIM NÃO

Se sim, qual(is)? _____

Nas últimas duas semanas, você recebeu outro tipo de vacina? SIM NÃO

Se sim, qual(is)? _____

Você está grávida ou existe a chance de estar grávida? SIM NÃO NÃO SE APLICA

Você teve filho há menos de 45 dias (puérpera)? SIM NÃO NÃO SE APLICA

Você está amamentando? SIM NÃO NÃO SE APLICA

Você possui alguma(s) condição de saúde dentre as listadas abaixo?

- | | | |
|--|---|---|
| <input type="radio"/> Cardiopatia | <input type="radio"/> Obesidade (IMC \geq 40) | <input type="radio"/> Doença Hepática |
| <input type="radio"/> Diabetes Mellitus | <input type="radio"/> Pneumopatia | <input type="radio"/> Doença Hematológica |
| <input type="radio"/> Doença Neurológica | <input type="radio"/> Imunodepressão | <input type="radio"/> Síndrome de Down |
| <input type="radio"/> Doença Renal | <input type="radio"/> Asma | <input type="radio"/> Outra(s): _____ |

Consentimento

Declaro que fui informado sobre a vacinação COVID-19 com a vacina CORONAVAC da Indústria Farmacêutica SINOVAAC. Eu entendo que se minha vacina exigir duas doses terei de recebê-las para que se cumpra o esquema vacinal e ela seja eficaz.

Esta vacina não passou pelo mesmo tipo de revisão que um produto aprovado ou liberado pela Agência Nacional de Vigilância Sanitária (ANVISA). No entanto, a decisão da ANVISA de disponibilizar a vacina é baseada na totalidade das evidências científicas disponíveis, mostrando que os benefícios conhecidos e potenciais da vacina superam os riscos conhecidos e potenciais.

Eu entendo que não é possível prever todos os possíveis efeitos colaterais ou complicações associadas ao recebimento da(s) dose (s) da vacina. Também reconheço que tive a oportunidade de fazer perguntas e que essas perguntas foram respondidas de forma satisfatória. Eu entendo os benefícios e riscos da vacinação conforme descrito, caso eu apresente alguma reação moderada ou grave procurarei imediatamente uma unidade de saúde mais próxima.

Assinatura do Paciente

Assinatura e carimbo do Vacinador