

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO DE VACINAÇÃO COVID-19

Autorização Temporária de Uso Emergencial da vacina adsorvida covid-19 (inativada) para prevenir Doença do Coronavírus (COVID-19)

A vacinação com a vacina adsorvida covid-19 (inativada) poderá diminuir o risco de uma pessoa ter a doença causada pelo vírus SARS-CoV-2 (COVID-19). Entretanto, nenhuma vacina é completamente eficaz. Além disso, necessita-se de algumas semanas para que seja obtida uma resposta imune (proteção) adequada. Em conclusão, algumas pessoas podem ainda ter a doença ou a infecção mesmo tendo sido vacinadas, mas poderão ter uma forma menos grave da doença em função desta vacinação.

A vacina não poderá ser dada em pessoas que estejam doentes com suspeita ou com COVID-19 confirmada no momento da vacinação. Ela será utilizada com um esquema de duas doses para reduzir a chance de doença grave e de morte. Apesar do uso da vacina, medidas preventivas ainda serão necessárias no dia-a-dia: distanciamento social, uso de máscaras e higiene das mãos, dentre outras.

Adicionalmente, como qualquer vacina, esta poderá causar alguns eventos adversos. A vacina adsorvida covid-19 (inativada) pode causar dor no local da injeção, inchaço, vermelhidão, caroço duro no local, mancha roxa ou até infecção no local da entrada da agulha na pele. Ainda, pode aparecer dor de cabeça, dor nos músculos, diarreia, enjoo, cansaço e mais raramente febre. Se você apresentar algum evento adverso que precise de um atendimento urgente você deverá procurar um serviço de saúde de emergência, como por exemplo um pronto-socorro, uma UPA, AMA, etc. Estes são locais especializados, onde você terá atendimento e será medicado, se for necessário. Se os sintomas não forem urgentes você poderá procurar a unidade básica de saúde mais próxima.

Se você tiver mais algumas dúvidas poderá acessar o site <https://vacinacovid.butantan.gov.br>

Nome completo	
Data de nascimento	CPF
Nome da mãe	Sexo
Endereço completo	
Número do cartão nacional de Saúde (CNS)	

Consentimento para a vacinação de COVID-19 (por favor, preencha somente uma das caixas abaixo)

Eu desejo receber a vacina COVID-19	Eu <u>não</u> desejo receber a vacina COVID-19
Nome	Nome
Assinatura	Assinatura
Data	Data

Se você não consentir em ser vacinado, gostaríamos de saber os motivos que o levaram a tomar esta decisão. O campo abaixo destina-se a este relato.

Agradecemos o preenchimento deste formulário.

Uso oficial somente

Data da vacinação de COVID-19	Local de vacinação –COVID-19		Lote e data de validade	Nome do profissional que vacinou	Local onde foi realizada a vacinação
1ª. dose	Braço esquerdo	Braço direito			
2ª. dose	Braço esquerdo	Braço direito			