

### 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 seu ambiente de trabalho e atendimento de pacientes: continuar aderindo às medidas de biossegurança recomendadas, higiene das mãos, uso de equipamentos de proteção individual (máscaras cirúrgicas ou N95, luvas, avental, gorro, óculos ou protetor facial), dentre outras.

Adicionalmente, como qualquer vacina, esta poderá causar alguns eventos adversos. A vacina adsorvida covid-19 (inativada) pode causar dor no local da aplicação, inchaço, vermelhidão, induração, hematoma ou até infecção no local da administração. Ainda, pode apresentar cefaleia, mialgia, diarreia, náuseas, fadiga e mais raramente febre. Se você apresentar algum evento adverso que precisa 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>**

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

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

<b>Eu desejo receber a vacina COVID-19</b>	<b>Eu <u>não</u> desejo receber a vacina COVID-19</b>
Nome	Nome
Assinatura	Assinatura
Data	Data
<b>Se você não consentir em ser vacinado, gostaríamos de saber os motivos que o levaram a tomar esta decisão. O campo abaixo se destina a este relato.</b>	

Agradecemos o preenchimento deste formulário.

#### Uso oficial somente

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