TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO
PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19

Este documento tem o objetivo de a paciente expressar sua concordância com a vacinação contra a COVID-19, ciente dos cuidados e dos riscos envolvidos. Este documento somente deverá ser assinado se todas as dúvidas tiverem sido esclarecidas. A assinatura no presente documento representa o consentimento da paciente na realização da intervenção e seu comprometimento em seguir as orientações médicas.

Eu, _____ (nome completo), nascida em _____, _____ (nacionalidade), _____ (estado civil), portadora do RG _____ e inscrita no CPF/MF sob nº _____, residente e domiciliada na _____ _____, _____ (cidade) /_____ (estado),

DECLARO ter sido informada que:

- A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que está em curso uma pandemia do novo Coronavírus (SARS-COV-2), um vírus que causa infecção respiratória (COVID-19) e preocupa a todos especialmente gestantes e puérperas. A COVID-19 é uma infecção respiratória aguda, potencialmente grave, que possui elevada transmissibilidade entre as pessoas por meio de gotículas respiratórias ou contato com objetos e superfícies contaminadas.
- O Ministério da Saúde declarou estado de transmissão comunitária do novo Coronavírus (SARS-COV-2) em todo território nacional.
- Segundo a Organização Mundial de Saúde (OMS), cerca de 80% das pessoas com COVID-19 se recuperam da doença sem precisar de tratamento hospitalar. Entretanto, 1 entre cada 5 casos detectados exige atendimento hospitalar em virtude de dificuldade respiratória e, destes, 5% podem requerer suporte ventilatório.
- Os sintomas da Covid podem ser leves como dores no corpo, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, erupção cutânea na pele ou descoloração dos dedos das mãos ou dos pés mas pode evoluir para quadros pulmonares mais graves como pneumonias, insuficiência respiratória aguda além de fenômenos tromboembólicos e da chamada Sindrome pós-COVID onde, mesmo após a cura, permanecem sintomas como cansaço excessivo, dor muscular, tosse e sensação de falta de ar ao realizar algumas atividades do dia a dia
- Gestantes e mulheres tiveram partos há pouco tempo (menos que 42 dias), que adquirem Covid-19 apresentam maior risco que a população geral de necessitar de internação em UTI, intubação orotraqueal, de morte e de parto prematuro.

- Tomar vacina é a melhor maneira de se proteger da COVID-19 de suas complicações.
- A ANVISA, aprovou para uso emergencial, duas vacinas contra a COVID-19: A CoronaVac® e a Covishield®.
- De acordo com os estudos realizados e informações divulgadas pelos desenvolvedores das vacinas: a Sinovac/Butantan (CoronaVac) apresentou eficácia geral de 50,4%, de 78% para casos moderados e graves; e a AstraZeneca/Oxford/Fiocruz apresentou eficácia geral de 70, 4.
- As duas vacinas têm indicação de duas doses no esquema vacinal para completa imunização: Sinovac/Butantan (CoronaVac®) – intervalo entre as doses de 14 a 28 dias (preferencialmente entre 21 e 28 dias); e AstraZeneca/Oxford/Fiocruz (Covishield®)– intervalo entre as doses de 12 semanas.
- A vacina pode gerar as seguintes reações, de acordo com os fabricantes: dor no local da injeção e febre de intensidade leve ou moderada com resolução em curto período de tempo. Cansaço, dor muscular e dor de cabeça também foram relatados, em menor frequência. Eventos adversos graves com reações alérgicas graves (anafilaxia) e trombose após a vacinação ocorreram em um pequeno número de casos (1 caso em 250.000 pacientes vacinados).
- As gestantes e puérperas não foram incluídas nos estudos sobre vacinas. Porém -sabe-se que a técnica utilizada na vacina CoronaVac® tem segurança comprovada durante o ciclo gravídico puerperal há vários anos. A vacina AstraZeneca/Oxford/Fiocruz utiliza uma plataforma de vetor viral não replicante de adenovírus de chimpanzé. Ambas as vacinas licenciadas para uso emergencial no Brasil até o momento, demonstraram excelente perfil de segurança e atenderam ao parâmetro de eficácia estipulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).
- As gestantes são consideradas como grupo de risco para a COVID-19 (Nota Técnica nº 12/2020 do Ministério da Saúde) e há recomendação para a sua vacinação (Nota técnica 01/2021 do DAPES/SAPS/Ministério da Saúde).
- A vacinação em gestantes é opcional e poderá ser realizada após avaliação cautelosa dos riscos e benefícios
- Caso eu decida por não me vacinar, serei apoiada em minha decisão.
- Caso eu decida por me vacinar, posso já buscar a vacina caso eu pertença a um dos grupos prioritários que já iniciaram a imunização, de acordo com orientações da 9ª atualização do Documento Técnico da Campanha de Vacinação contra a COVID-19 no Estado de São Paulo, de 18/04/2021, elaborado pela Divisão de Imunização do Centro de Vigilância Epidemiológica da Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo (SES-SP).
- Mesmo após a vacina, deverão ser mantidas as medidas de proteção como higiene das mãos, uso de máscaras e distanciamento social.
- Outras observações:

_____
_____
_____
_____

CIENTE de tais informações, DECLARO que:

- Entendi as explicações que me foram prestadas em linguagem clara e simples, esclareci todas as dúvidas que me ocorreram, estou satisfeita com as informações recebidas.
- Compreendo que sou livre para não consentir com o procedimento, sem qualquer penalização ou sem prejuízo a meu cuidado.
- Estou ciente de que a presente manifestação de vontade não é um contrato ou uma garantia de sucesso do procedimento, e isento de responsabilidade o(a) Dr(a). _____ de eventual evento adverso não ligado diretamente à sua atuação.
- Estou ciente de que, a qualquer momento anterior ao procedimento, poderei revogar o consentimento que agora presto.
- Outras observações:

_____
_____

Após atenta leitura, é de minha vontade ser submetida à vacinação contra a COVID-19, estando plenamente esclarecida dos benefícios e dos riscos dessa intervenção, bem como assumo a responsabilidade de cumprir fielmente todas as recomendações feitas pelo médico e sua equipe.

.

_____,_____de_____ de _____.
(Cidade)

_____
(Assinatura da paciente)

_____
(Assinatura do médico)

Observação: Este Termo deve ser preenchido em duas vias originais, devendo ser todas assinadas pelo médico e pela paciente. A primeira via deve ser arquivada no prontuário da paciente e a segunda via deve ser entregue à paciente.

Sugestão de prescrição a ser enviada para o local de vacinação

À Unidade de Saúde

Conforme termo de consentimento em anexo, encaminho para vacinação a Sra_____
(gestante, puérpera ou lactante), _____anos, idade gestacional de _____semanas, portadora de _____(preencher com a condição clinica listada como grupo de risco caso exista).

_____
(Assinatura do médico)