



Prefeitura Municipal de Mairiporã
Secretaria de Saúde
Estado de São Paulo

Termo de Consentimento para o Grupo de Gestantes, Puérperas e Lactantes

Consentimento

Declaro que fui informada sobre a vacinação COVID-19. Eu entendo que se minha vacina exigir duas doses terei de recebe-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 da Paciente

Assinatura e carimbo do Vacinado