

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

Prezado (a) Sr. (a) representante legal,

O (A) menor sob sua responsabilidade, poderá receber a vacinação contra a COVID-19 no município de Araguaína - TO, de acordo com as datas disponibilizadas para vacinação de pessoas de 5 a 11 anos.

A campanha de vacinação contra a COVID-19 vem sendo operacionalizada desde o início do ano de 2021 e, tem como finalidade a redução de ocorrência de casos e óbitos pela COVID-19 no território nacional. Salienta-se que o risco benefício entre a contaminação pela COVID-19 e a vacinação tem sido avaliados, sendo que os benefícios permanecem favoráveis. Elucida-se que neste momento o único imunobiológico destinado à vacinação deste público é a vacina mRNA contra a COVID-19 Pfizer.

A segurança e eficácia de COMIRNATY® em crianças menores de 12 anos de idade ainda não foram estabelecidas. Reações adversas locais ou sistêmicas poderão ocorrer após a vacinação, entre elas; dor, inchaço, vermelhidão no local da injeção, febre, fadiga, dor de cabeça, calafrios, mialgia e artralgia. Outras reações como linfadenopatia axilar localizada no mesmo lado do braço vacinado foi observada após vacinação com vacinas de mRNA COVID-19. Procurar o médico se a criança apresentar dores repentinas no peito, falta de ar ou palpitações após a aplicação da vacina.

O intervalo entre as doses é de 8 semanas, sendo necessária a administração das duas aplicações para ser considerado o esquema vacinal completo. Para a vacinação, solicita-se que seja apresentado documento com foto para comprovação da identidade e faixa etária, além da apresentação deste termo devidamente preenchido e assinado pelos pais ou responsável legal para que possa ser efetivada a vacinação.

DECLARAÇÃO DA MÃE, PAI OU REPRESENTANTE LEGAL

Eu, _____ inscrito
(a) sob o CPF _____ declaro que compreendi os aspectos
relacionados à vacinação do (a)
menor _____, inscrito
(a) sob o CPF _____ e sob minha responsabilidade, autorizo sua
vacinação. Assino este termo de consentimento estando ciente que diante do surgimento de
dúvidas quanto ao processo de vacinação poderei buscar esclarecimentos no serviço de saúde
da minha área de abrangência, além de procurar a unidade de referência, caso apresente
alguma reação adversa. Assim, declaro que concordo e autorizo a vacinação contra a COVID-19
do (a) menor.

Araguaína - TO, ____/____/____

Assinatura do Representante

