



## 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, \_\_\_\_\_,  
data de nascimento \_\_\_\_/ \_\_\_\_/ \_\_\_\_\_, nascida em \_\_\_\_\_, estado civil  
\_\_\_\_\_, portadora do RG nº \_\_\_\_\_ e inscrita no CPF  
nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na  
\_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, Itapira- São Paulo.

### **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 e 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 Síndrome 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 e de suas complicações;
- As gestantes e puérperas com ou sem comorbidades, deverão ser vacinadas contra a COVID-19 com vacinas que NÃO CONTENHAM VETOR VIRAL (Sinovac/Butantan ou Pfizer/Wyeth).
- Essas vacinas possuem 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 Pfizer/Wyeth (Pfizer) – intervalo entre as doses de 82 dias (12 semanas).
- A segurança e eficácia das vacinas não foram avaliadas nesse grupo, mas estudos em animais não demonstraram risco de malformações nos que estavam grávidos. Com os dados disponíveis até o momento, é altamente provável que o perfil de risco benefício das vacinas nas gestantes ainda se mantenha favorável. Ressalta-se que o risco de morte por covid-19 em gestantes no Brasil em 2021 foi 20 vezes superior ao risco de ocorrência da síndrome de trombose com trombocitopenia descrito na literatura médica. No entanto, frente ao presente fato, considerando a necessidade de mais dados de segurança da vacina AstraZeneca/Oxford/Fiocruz em gestantes, por precaução, o PNI optou por, neste momento, suspender temporariamente o uso da vacina COVID-19 AstraZeneca/Oxford/Fiocruz em gestantes e puérperas, amparado pelas recomendações da Câmara Técnica Assessora em Imunizações e Doenças Transmissíveis e em atendimento a solicitação da ANVISA, conforme descrito na NOTA TÉCNICA Nº 651/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/MS. A vacina Janssen possui a mesma plataforma de desenvolvimento que a AstraZeneca/Oxford/Fiocruz, dessa forma recomenda-se, por precaução, que essa vacina também não seja administrada em gestantes e puérperas, conforme NOTA TÉCNICA Nº 2/2021- SECOVID/GAB/SECOVID/MS, de 06 de julho de 2021.
- A vacinação em gestantes é opcional e poderá ser realizada após avaliação cautelosa dos riscos e benefícios;
- Caso a gestante ou puérpera decida por não se vacinar, deverá ser apoiada em sua decisão;
- Caso a gestante ou puérpera decida ser vacinada, poderá entrar em contato com a Vigilância Epidemiológica para agendar a vacinação, uma vez que a mesma foi liberada para todas as gestantes e puérperas de acordo com orientações da 14ª atualização do Documento Técnico da Campanha de Vacinação Contra a Covid-19 no Estado de São Paulo de 04/06/2021, 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.



**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).  
\_\_\_\_\_,CRM

nº \_\_\_\_\_ 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.**

Itapira, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2021.

\_\_\_\_\_  
(Assinatura da paciente)

\_\_\_\_\_  
(Assinatura e carimbo do médico)