



PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO FRIO

Região dos Lagos - Estado do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde

Superintendência de Vigilância em Saúde

**TERMO DE ESCLARECIMENTO DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 PARA
GESTANTES/PUÉRPERAS Unidade de Saúde**

EU _____ (nome completo), _____ (profissão), portadora do CPF: _____, autorizo receber esquema vacinal contra a covid-19 (2 doses, com intervalo recomendado conforme laboratório produtor, através da vacina _____ (laboratório), lote _____, validade _____.

DECLARO ter sido informada que:

- A Organização Mundial da Saúde (OMS) declarou que está em curso uma pandemia do novo Coronavírus (SARS-COV-2), causador da COVID 19.
- A COVID-19 é uma infecção respiratória aguda, que pode apresentar-se de forma leve, moderada ou grave, inclusive levar a óbito.
- Gestantes e mulheres que tiveram partos há menos que 45 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.

No Brasil estão licenciadas atualmente pela ANVISA, três vacinas contra a COVID-19: A CoronaVac® (Butantã), a Covishield® (AstraZeneca) e a da Pfizer.

- A vacinação para as mulheres gestantes está autorizada conforme cronograma definido neste instrumento técnico, com vacinas dos fabricantes Butantã e Pfizer.
- A vacina pode gerar as seguintes reações, de acordo com os fabricantes: dor no local da injeção, febre de intensidade leve ou moderada, cansaço, dor muscular e dor de cabeça. Eventos adversos graves com reações alérgicas graves (anafilaxia) e trombose após a vacinação são raras.
- Caso eu decida por me vacinar, posso já buscar a vacina caso eu pertença a um dos grupos prioritários que já iniciaram a imunização.
- Mesmo após a vacina, deverão ser mantidas as medidas de proteção como higiene das mãos, uso de máscaras e distanciamento social.
- A escolha pela vacinação é minha, bem como fui orientada a consultar meu médico para avaliação de riscos e benefícios quanto a vacinação.

CIENTE de tais informações, DECLARO que 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 _____ .

(Assinatura da paciente)

Rua Fagundes Varela, s/n, Bairro São Cristóvão, Cabo Frio/RJ – CEP: 28.909.270

Telefones: (22) 2646-2541 / 2646-2542



PREFEITURA MUNICIPAL DE CABO FRIO

Região dos Lagos - Estado do Rio de Janeiro

Secretaria Municipal de Saúde

Superintendência de Vigilância em Saúde

Rua Fagundes Varela, s/n, Bairro São Cristóvão, Cabo Frio/RJ – CEP: 28.909.270

Telefones: (22) 2646-2541 / 2646-2542