



Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ ( ) Primeira dose ( ) Segunda dose

Unidade de saúde/CNES: \_\_\_\_\_

Nome completo sem abreviar: \_\_\_\_\_

Data Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone: \_\_\_\_\_

Gênero: \_\_\_\_\_ Raça/cor: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Nome mãe (sem abreviar) \_\_\_\_\_

Ocupação/Profissão: \_\_\_\_\_

Endereço Residencial: \_\_\_\_\_

Nas últimas 72 horas, apresentou febre ou esteve doente? SIM NAO

Nas últimas duas semanas, você testou positivo para COVID-19? SIM NAO

Você tem ou já teve reação alérgica a algum tipo de vacina? SIM NAO

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

Você já recebeu outro tipo de vacina contra a COVID-19? SIM NAO

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

Nas últimas duas semanas, você recebeu outro tipo de vacina? SIM NAO

Se sim, qual(is)? \_\_\_\_\_

Você está grávida ou existe a chance de estar grávida? SIM NAO NAOSE APLICA Você teve filho

há menos de 45 dias(puérpera)? SIM NAO NAOSE APLICA

Você está amamentando? SIM NAO NAOSE APLICA

Você possui alguma(s) condição de saúde dentre as listadas abaixo?

Cardiopatia Obesidade (IMC a40)

Diabetes Mellitus Pneumopatia

Doença Neurológica Imunodepressão

Doença Renal Asma

Doença Hepática

Doença Hematológica

Síndrome de Down

Outra(s): \_\_\_\_\_

e-mail: \_\_\_\_\_

## Consentimento

Declaro que fui informado 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 do Paciente*

---

*Assinatura e carimbo do Vacinador*