

**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, \_\_\_\_\_ (nome completo), nascida em \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (nacionalidade), \_\_\_\_\_ (estado civil), portadora do RG \_\_\_\_\_ e inscrita no CPF/MF sob nº \_\_\_\_\_, residente e domiciliada na \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ (cidade) / \_\_\_\_\_ (estado),

**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-19 podem ser leves como dores no corpo, congestão nasal, dor de cabeça, conjuntivite, dor de garganta, diarreia, perda de paladar ou olfato, 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 puérperas (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 de suas complicações.

- A ANVISA aprovou três vacinas contra a COVID-19: a CoronaVac® (Sinovac/Butantan – uso emergencial), a Covishield® (AstraZeneca/Oxford/Fiocruz) e a Cominarty® (Pfizer–BioNTech).
- De acordo com os estudos realizados e informações divulgadas pelos desenvolvedores das vacinas: a CoronaVac® apresentou eficácia geral de 50,4% e de 78% para casos moderados e graves; a Covishield® apresentou eficácia geral de 70,42%; e a Cominarty® apresentou eficácia geral de 95%.
- As vacinas têm indicação de duas doses no esquema vacinal para completa imunização: CoronaVac® – intervalo entre as doses de 14 a 28 dias (preferencialmente entre 21 e 28 dias); Covishield® – intervalo entre as doses de 12 semanas; e Cominarty® – intervalo entre as doses maior ou igual a 21 dias (de preferência 3 semanas).
- As gestantes e puérperas não foram incluídas nos estudos sobre vacinas. Porém as vacinas licenciadas para uso emergencial no Brasil até o momento, demonstraram excelente perfil de segurança e atenderam ao parâmetro de eficácia estipulado pela Organização Mundial da Saúde (OMS).
- No momento (11/05/2021), por determinação do Ministério da Saúde, apenas gestantes com comorbidades poderão ser vacinadas e devem receber a vacina CoronaVac® ou a Cominarty®, sendo contraindicada, por precaução, a vacina Covishield®.
- As vacinas recomendadas para gestantes pelo Ministério da Saúde (11/05/2021) podem gerar as seguintes reações, de acordo com os fabricantes: dor no local da injeção e febre de intensidade leve ou moderada, com resolução em curto período de tempo; cansaço, dor muscular e de cabeça, febre, calafrios, náusea, vômitos, diarreia e coceiras também foram relatados, em menor frequência. A maioria dos efeitos colaterais que ocorrem com o uso das vacinas são de natureza leves e transitórios, não permanecendo mais que alguns poucos dias. Eventos adversos graves com reações alérgicas graves (anafilaxia) após a vacinação são raros e as bulas dos fabricantes destas vacinas não referem eventos graves.
- As gestantes e as puérperas são consideradas como grupo de risco para a COVID-19 (Nota Técnica nº 12/2020 do Ministério da Saúde) e há recomendação para a sua vacinação (Nota Técnica 01/2021 do DAPES/SAPS/Ministério da Saúde e Nota Técnica Nota Técnica nº 467/2021-CGPNI/DEIDT/SVS/ Ministério da Saúde).
- A vacinação em gestantes e puérperas é opcional e poderá ser realizada após avaliação dos riscos e benefícios.
- Caso esteja amamentando, não devo interromper o aleitamento materno ao ser vacinada.
- Caso eu decida por não me vacinar, serei apoiada em minha decisão.
- Caso eu decida por me vacinar e possua alguma comorbidade, devo acompanhar o calendário de vacinação da minha cidade para saber quando posso buscar a vacina.
- Mesmo após a vacina, deverão ser mantidas as medidas de proteção como higiene das mãos, uso de máscaras e distanciamento social.

- Devo respeitar o intervalo de no mínimo 14 dias entre a administração da vacina Influenza e/ou outra vacina do calendário de vacinação da gestante ou puérpera e a administração da vacina contra a COVID-19.

- Outras observações:

---

---

---

---

**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). \_\_\_\_\_ 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.**

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

(Cidade)

\_\_\_\_\_

(Assinatura da paciente)

\_\_\_\_\_

(Assinatura do médico)

**Observação:** Este Termo deve ser preenchido em duas vias originais, devendo ser todas assinadas pelo médico e pela paciente. A primeira via deve ser arquivada no prontuário da paciente e a segunda via deve ser entregue à paciente.

**Sugestão de prescrição para gestante a ser enviada para o local de vacinação**

À Unidade de Saúde

Conforme termo de consentimento em anexo, encaminho para vacinação a Sra \_\_\_\_\_, \_\_\_\_ anos, idade gestacional de \_\_\_\_ semanas, portadora de \_\_\_\_\_ (*preencher com a condição clinica listada como grupo de risco, caso exista*).

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do médico)

**Sugestão de prescrição para puérpera a ser enviada para o local de vacinação**

À Unidade de Saúde

Conforme termo de consentimento em anexo, encaminho para vacinação a Sra \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ anos, puérpera (parto ocorrido em \_\_/\_\_/2021), portadora de \_\_\_\_\_ (*preencher com a condição clinica listada como grupo de risco, caso exista*).

\_\_\_\_\_  
(Assinatura do médico)