

VACINA CONTRA A COVID-19

Página 1 de 1

- I. **DESCRIÇÃO, FINALIDADE E BENEFÍCIOS ESPERADOS DO PROCEDIMENTO DE VACINA.** Entendo que irei receber uma vacina por injeção de agulha, que tem como objetivo reduzir a probabilidade de adoecer devido a uma infeção por COVID-19. As infeções por COVID-19 podem ter complicações graves e com risco de vida. Dependendo da vacina COVID-19 específica, posso necessitar de uma ou duas injeções e injeções de reforço periódicas. Concordo em permanecer no local de vacinação durante pelo menos 15 minutos após a aplicação da vacina, para que possa ser atendido caso tenha uma reação adversa à vacina.
- II. **RISCOS E LIMITAÇÕES POTENCIAIS ASSOCIADOS AO PROCEDIMENTO.** Entendo que posso sentir dor, vermelhidão e/ou inchaço no local da injeção. Os outros riscos e benefícios significativos conhecidos e potenciais da vacina, e a extensão em que tais riscos e benefícios são desconhecidos, são descritos numa Ficha Técnica de Autorização de Utilização de Emergência (Emergency Use Authorization, EUA) da FDA (Food and Drug Administration). Recebi e li a Ficha Técnica e uma lista de verificação de pré-vacinação para a vacina. Se tiver mais perguntas sobre o procedimento, irei colocá-las antes de tomar a vacina. Não está claro por quanto tempo os benefícios potenciais da vacina podem durar; ou se será eficaz contra as formas mutantes do vírus da COVID-19. Entendo que ainda posso adoecer com COVID-19 e posso transmitir o vírus a outras pessoas. **Por isso, a vacina não elimina a necessidade de máscara física, distanciamento social e higienização das mãos.**
- III. **ALTERNATIVAS DE TRATAMENTO.** Entendo que posso recusar a vacina da COVID-19. Atualmente não existem alternativas eficazes conhecidas para prevenir infeções por COVID-19, além de máscara física, distanciamento social e higiene das mãos.

IV. **PRECAUÇÕES/CONTRAINDICAÇÕES** A vacina pode não ser indicada, dependendo das suas respostas.

Tem febre ou sente-se mal hoje?	<input type="checkbox"/> Não ou <input type="checkbox"/> Sim – em caso afirmativo, adie até se sentir melhor.
Histórico de reação alérgica (por exemplo, anafilaxia, urticária, comichão) a qualquer componente desta vacina?	<input type="checkbox"/> Não ou <input type="checkbox"/> Sim – em caso afirmativo, PARE, NÃO se vacine.
Histórico de alguma reação alérgica imediata a outra vacina?	<input type="checkbox"/> Não ou <input type="checkbox"/> Sim – em caso afirmativo, consulte um médico e considere o adiamento da vacina.
Histórico de qualquer reação alérgica imediata a uma terapêutica injetável ou contraste intravenoso?	<input type="checkbox"/> Não ou <input type="checkbox"/> Sim – em caso afirmativo, consulte um médico e considere o adiamento da vacina.
Histórico de anafilaxia?	<input type="checkbox"/> Não ou <input type="checkbox"/> Sim – em caso afirmativo, observe durante 30 minutos.

- V. **UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE SAÚDE.** Entendo que os registos da administração desta vacina e das doses de reforço periódicas serão relatados aos órgãos reguladores estaduais e/ou federais. Autorizo o meu registo de vacina COVID-19 a ser partilhado com o meu médico de família e a ser usado ou partilhado para fins de pagamento, qualidade de cuidados, segurança do doente e pesquisa. Se estiver presentemente empregado(a) pela MaineHealth, autorizo ainda a MaineHealth, na sua qualidade de prestador de cuidados de saúde, a fornecer os registos relacionados com a administração destas vacinas e de quaisquer doses de reforço ao Departamento de Serviços de Saúde dos Funcionários da MaineHealth e a aceder à informação de imunização disponível na base de dados estatal ImmPact. Caso contrário, as informações serão tratadas de acordo com o Aviso de Práticas de Privacidade de Informações de Saúde da MaineHealth, disponível online em <https://www.mainehealth.org/-/media/Maine-Medical-Center/Files/Psychiatry/Notice-Privacy-Practices-2017.pdf>, com cópias impressas também disponíveis mediante solicitação.
- VI. **CONTACTO TELEFÓNICO.** Consinto em ser contactado pela MaineHealth ou pelos seus agentes por telefone (móvel ou fixo), mensagem de texto ou mensagem de voz através do número de telefone fornecido anteriormente. Este consentimento aplica-se aos indivíduos que atuam em meu nome.

Nome do Contacto de Emergência: _____ Número de telefone do contacto de emergência: _____

 Data Hora Assinatura Doente Progenitor Outro Representante Autorizado _____
 Nome impresso

Se por telefone, consentimento dado por: Doente Outro _____ Número de telefone _____

 Data Hora Assinatura da testemunha (para consentimento por telefone ou quando o doente for fisicamente incapaz de assinar) _____
 Nome impresso

Intérprete para: Língua gestual Língua estrangeira Outro _____ Nome impresso ou informações de identificação _____

Data

Hora 24 horas

X

Assinatura do Médico ou Pessoa Designada

Nome impresso

Apenas para utilização do pessoal:

O doente **teve** uma reação adversa imediata à vacina. O doente **não teve** uma reação adversa imediata à vacina.

149001

09/02/2022

Tipo de documento: Consentimento para Vacinação contra a Covid