

ANEXO

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO INFANTIL CONTRA A COVID-19

Eu (nome do pai, da mãe ou do responsável legal), _____,
inscrito(a) sob RG nº _____, inscrito(a) sob CPF nº _____, data de nascimento:
__/__/____ e idade: _____ anos. **AUTORIZO** meu filho (a)
_____, a receber a **vacina contra a COVID-19**,
a ser administrada no Estabelecimento de Saúde/Ensino acompanhado (a) de (nome do acompanhante)
_____ inscrito(a) sob CPF nº _____.

Estou ciente de que, como envio deste termo, devidamente preenchido e assinado, os profissionais de saúde **PODERÃO** administrar a vacina em meu filho(a) acompanhado (a) do responsável acima referido.

Informações importantes:

1. Os pais **DEVEM** ser avisados de que reações locais e sistêmicas são esperadas após a vacinação;
2. Não deve ser administrada a indivíduos com hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes da vacina;
3. A vacinação deve ser adiada em indivíduos que apresentem doença febril aguda grave ou infecção aguda;
4. Deve-se manter uma observação atenta por pelo menos 20 minutos após a vacinação. Caso o paciente já tenha tido anafilaxia com a 1ª dose da vacina COVID-19, a 2ª dose da vacina não deve ser administrada com a mesma vacina. Será preenchida a ficha de eventos supostamente atribuíveis à vacinação ou imunização (ESAVI) para definição da conduta quanto à conclusão do esquema vacinal.
5. Na data em que ocorrer a vacinação, o responsável deverá levar a caderneta de saúde da criança e o profissional da sala de vacina irá inserir os dados de forma clara e legível no campo **CAMPANHAS**.

Assinatura do Pai/Mãe/Responsável

Documento de Identificação