



Formulário de Avaliação e Consentimento de Imunização para COVID-19

Nome do paciente: (Preencha em letras de forma)			Data de nascimento:				
Endereço:		Cidade	CEP (Zip Code)		Número de telefone:		
Moradia: <input type="checkbox"/> Própria/Aluguel <input type="checkbox"/> Dividida <input type="checkbox"/> Situação de rua <input type="checkbox"/> Transitório <input type="checkbox"/> Abrigo Habitação Pública /Seção 8: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Sexo: <input type="checkbox"/> Homem <input type="checkbox"/> Mulher <input type="checkbox"/> Transgênero <input type="checkbox"/> Em questionamento <input type="checkbox"/> Não binário/Genderqueer <input type="checkbox"/> Prefiro não responder	Identidade/Orientação sexual: <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Gay/Lésbica <input type="checkbox"/> Sem resposta <input type="checkbox"/> Bissexual/Pansexual <input type="checkbox"/> Outro		Raça: <input type="checkbox"/> Branco <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Indígena Americano <input type="checkbox"/> Outro <input type="checkbox"/> Preto/Afroamericano <input type="checkbox"/> Havaiano/Ilhas do Pacífico <input type="checkbox"/> Múltiplas raças <input type="checkbox"/> Sem resposta			
Etnia <input type="checkbox"/> Hispânico/Latino <input type="checkbox"/> Não Hispânico/Latino <input type="checkbox"/> Não sei <input type="checkbox"/> Sem resposta		Provedor Primário de Cuidados:		Tem status de trabalhador migrante? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Migratório <input type="checkbox"/> Sazonal Você é um Veterano? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Idioma Principal:		Seguro médico: <input type="checkbox"/> Mass Health <input type="checkbox"/> Medicare <input type="checkbox"/> Medicare & Medicaid <input type="checkbox"/> Sem seguro <input type="checkbox"/> Health Safety Net (HSN) <input type="checkbox"/> Particular: _____					
País de nascimento:		Número de ID do plano:					
Avaliação pré-vacinação					Sim	Não	Não sei
1. Está se sentindo doente hoje?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Já recebeu alguma dose da vacina da COVID-19? (Marque a última dose recebida) Série primária: <input type="checkbox"/> 1ª dose <input type="checkbox"/> 2ª dose <input type="checkbox"/> 3ª dose <input type="checkbox"/> Dose extra Reforços: <input type="checkbox"/> 1º Reforço <input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Janssen (Johnson & Johnson) <input type="checkbox"/> Outro					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3. Já teve alguma reação alérgica a: (reação grave [anafilaxia] que exige tratamento com epinefrina ou EpiPen ou que obrigou ida ao hospital, ou reação alérgica que causou erupções na pele, inchaço ou desconforto respiratório, incluindo chiado)							
- algum componente da vacina da COVID-19, incluindo qualquer um dos seguintes:							
• Polietilenoglicol (PEG), encontrado em alguns medicamentos, como laxantes e preparos para procedimentos de colonoscopia					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• Polissorbato, encontrado em algumas vacinas, comprimidos revestidos por película e esteroides intravenosos					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Uma dose anterior para COVID-19?					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Já teve alguma reação alérgica a outra vacina (sem ser a da COVID-19) ou algum medicamento injetável? (reação grave [anafilaxia] que exige tratamento com epinefrina ou EpiPen ou que obrigou ida ao hospital, ou reação alérgica que causou erupções na pele, inchaço ou desconforto respiratório, incluindo chiado)					<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Marque todas as que se aplicam a você: <input type="checkbox"/> Mulher com idade entre 18 e 49 anos <input type="checkbox"/> Homem com idade entre 12 e 29 anos <input type="checkbox"/> Tive reação alérgica grave a alimentos, pets, veneno, ambiental ou medicamento oral. <input type="checkbox"/> Tive COVID-19 e recebi tratamento com anticorpos monoclonais ou plasma convalescente <input type="checkbox"/> Diagnóstico de Síndrome inflamatória multissistêmica (MIS-C ou MIS-A) após infecção por COVID-19 <input type="checkbox"/> Tenho sistema imunológico fragilizado (infecção por HIV, câncer) ou faço uso de drogas ou terapias imunossupressoras <input type="checkbox"/> Histórico de Síndrome de Guillain-Barré (SGB) <input type="checkbox"/> Tenho distúrbio hemorrágico <input type="checkbox"/> Faço uso de anticoagulante <input type="checkbox"/> Tenho histórico de trombocitopenia induzida por heparina (TIH) <input type="checkbox"/> Atualmente grávida ou amamentando <input type="checkbox"/> Recebi preenchimento dérmico <input type="checkbox"/> Tenho histórico de miocardite ou pericardite							

Autorização de uso emergencial

A FDA disponibilizou as vacinas para COVID-19 por meio de uma autorização de uso emergencial (EUA). A EUA é utilizada quando existem circunstâncias que justifiquem o uso emergencial de medicamentos e produtos biológicos durante uma emergência, como a pandemia da COVID-19. A decisão da FDA de disponibilizar as vacinas para COVID-19 por meio de uma EUA tem como base a existência de uma emergência de saúde pública e a totalidade das evidências científicas disponíveis, demonstrando que os benefícios conhecidos e potenciais da vacina superam os riscos conhecidos e potenciais.

Consentimento

Recebi e li, ou me foi explicada, a folha de informações a respeito da vacina para COVID-19. Entendo que as vacinas (Pfizer/ Moderna) exigem múltiplas doses e reforços para alcançarem o máximo de eficácia. A Janssen exige dose única e reforços para o máximo de eficácia. Tive a oportunidade de fazer perguntas, que foram respondidas a contento (e foi garantido que a pessoa acima, por mim autorizada a oferecer consentimento em meu nome, também teve a chance de tirar dúvidas). Entendo os benefícios e os riscos da vacinação conforme descrito.

Há uma chance remota de que a vacina venha a causar uma grave reação alérgica. Reações alérgicas graves geralmente acontecem entre poucos minutos e uma hora após a aplicação da injeção. Por este motivo, você será monitorado por 15-30 minutos após a vacinação, dependendo do seu histórico médico.

Solicito receber a vacinação para COVID-19 (ou a pessoa acima por mim autorizada a fazer esta solicitação e prestar consentimento em meu nome). Entendo que não terei custos por esta vacina. Entendo que quaisquer valores ou benefícios pela administração da vacina serão cedidos e transferidos ao fornecedor da vacinação, incluindo benefícios/valores de meu plano de saúde, Medicare, Medicaid ou outros terceiros financeiramente responsáveis por meus cuidados de saúde. Autorizo a liberação de todas as informações necessárias (incluindo, de forma não exaustiva, prontuários médicos, cópias de pedidos de seguro e faturas discriminadas) a fim de confirmar pagamentos e conforme necessário para outros fins de saúde pública, inclusive relatórios para cadastros de vacinação aplicáveis.

Assinatura do paciente/Responsável _____

Data _____

O espaço abaixo deve ser preenchido pelo vacinador

Qual vacina o paciente está recebendo?

Nome da vacina	Administração				Ficha de dados	No. do lote e vencimento
Pfizer (Comirnaty)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose	<input type="checkbox"/> 2ª Dose	<input type="checkbox"/> Extra	<input type="checkbox"/> Bivalente	29/03/2022 31/08/2022	
Pfizer-BioNTech 6 meses – 4 anos	<input type="checkbox"/> 1ª Dose	<input type="checkbox"/> 2ª Dose	<input type="checkbox"/> 3ª Dose	<input checked="" type="checkbox"/> Bivalente	28/06/2022	
Pfizer-BioNTech 5 anos – 11 anos	<input type="checkbox"/> 1ª Dose	<input type="checkbox"/> 2ª Dose	<input type="checkbox"/> Reforço	<input type="checkbox"/> Bivalente	31/08/2022	
Moderna (Spikevax)	<input type="checkbox"/> 1ª Dose	<input type="checkbox"/> 2ª Dose	<input type="checkbox"/> Extra	<input type="checkbox"/> Bivalente (6 anos ou mais)	29/03/2022 31/08/2022	

Local de aplicação Deltóide esquerdo Deltóide direito Coxa esquerda Coxa direita

Dosagem 0,5 ml 0,3 ml 0,25 ml 0,20 ml

Analisei os efeitos colaterais com o paciente (e pai/mãe ou responsável, conforme o caso)

Confirmando que o paciente (e seu responsável, conforme o caso) teve a oportunidade de tirar suas dúvidas sobre a vacinação, e que todas as perguntas feitas por ele (e/ou seu representante) foram respondidas de forma correta e da melhor maneira possível.

Assinatura do vacinador: _____ **Data:** _____