



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde

TERMO DE ESCLARECIMENTO DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 PARA GESTANTES

Unidade de Saúde _____

Eu _____ (nome completo),
_____ (profissão), portadora do CPF: _____, autorizo
receberesquema vacinal contra a covid-19 (2 doses, com intervalo recomendado conforme laboratório produtor,
através da vacina _____ (laboratório), lote _____, validade
_____.

Optei por ser imunizada, já que me enquadro na única condição de indicação para a vacinação contra a COVID-19 em gestantes/puérperas/lactantes: **pertencer a um grupo prioritário (exposição frequente ao vírus/risco de desenvolver a forma grave da doença), e por conseguinte maior risco de infecção pelo novocoronavírus.**

Declaro ter sido orientada pela Unidade de Saúde / médico(a) assistente, sobre o conteúdo, mecanismos de ação e eficácia, e que ainda **não foram feitos estudos em gestantes/puérperas/lactantes que assegurem seu uso, ou seja, não foram observados fatores de risco que contra-indiquem seu uso, ou eventos adversos pós vacinação.**

Declaro também ter sido orientada pelo vacinador a notificar e comparecer imediatamente à Unidade de Saúde em caso de quaisquer eventos adversos pós vacinação.

(assinatura da gestante/puérpera/lactante)