



PREFEITURA DA CIDADE DO RIO DE JANEIRO
Secretaria Municipal de Saúde
Subsecretaria de Promoção, Atenção Primária e Vigilância em Saúde
Superintendência de Atenção Primária
Gerência da Área Técnica de Saúde da Mulher
Superintendência de Vigilância em Saúde
Coordenação do Programa de Imunização

ANEXO I

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

Unidade de Saúde _____

Eu _____

(nome completo), _____ (profissão), portadora do CPF:

_____, autorizo receber esquema 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 condição de indicação para a vacinação contra a COVID-19 em gestantes e puérperas: pertencer ao grupo prioritário (exposição frequente ao vírus/risco de desenvolver a forma grave da doença).**

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 que assegurem seu uso, ou seja, não foram observados fatores de risco que contraindiquem 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)