

**TERMO DE ESCLARECIMENTO DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 COM INTERCAMBIALIDADE PARA GESTANTES E PUÉRPERAS QUE REALIZARAM A 1ª DOSE COM VACINA ASTRAZENECA**

Unidade de Saúde \_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_

(nome completo), \_\_\_\_\_ (profissão), portadora do CPF:

\_\_\_\_\_, recebi a primeira dose do esquema vacinal contra a covid-19 com a

vacina **AstraZeneca®/Oxford/Fiocruz** antes da suspensão de uso em gestantes e puérperas, e por

isso, autorizo receber a segunda dose, no intervalo recomendado, com a vacina da **Pfizer®/Wyeth**, 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 com 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 de intercambialidade de vacinas 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**.

Rio de Janeiro, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
(assinatura da gestante/puérpera)