



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

TERMO DE ESCLARECIMENTO DE VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 COM INTERCAMBIALIDADE
DE VACINA APÓS EVENTO ADVERSO GRAVE

Unidade de Saúde _____

Eu _____

(nome completo), _____ (profissão), portador do CPF:
_____, recebi a primeira dose do esquema vacinal contra a covid-19 com a
vacina **AstraZeneca®/Oxford/Fiocruz desenvolvendo evento adverso pós vacinal GRAVE após a
mesma**, e por isso, mediante autorizo receber a segunda dose, no intervalo recomendado, com a vacina
da **Pfizer®/Wyeth**, lote _____, validade _____.

Optei por ser imunizado(a), já que me enquadro **na condição de indicação para a vacinação com
intercambialidade: situações em que houve ocorrência de evento adverso pós vacinal (EAPV)
grave considerando às definições da vigilância de EAPV e dos Centros de Referência para
Imunobiológicos Especiais, mediante recomendação médica avaliando risco-benefício e
assinatura do termo de esclarecimento de vacinação contra a covid-19 para intercambialidade de
vacina após evento adverso grave.**

Declaro ter sido orientado(a) 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 contra covid-19 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)