

Formulário de consentimento para aplicação da vacina contra COVID-19 em indivíduos de 5 a 17 anos



Seção 1: Informações sobre a criança que receberá a vacina Pfizer contra COVID-19 (em letras de imprensa):

Nome da criança (sobrenome, nome, inicial do segundo nome)

Data de nascimento (mm/dd/aaaa)

Idade

Rua

Cidade

Estado

Código postal

Número de telefone

Seção 2: Informações sobre a vacina da Pfizer

A vacina contra COVID 19 que será oferecida ao seu filho(a) é produzida pela Pfizer BioNTech. A vacina Pfizer-BioNTech contra COVID 19 é aprovada pelo Departamento de Saúde e Serviços Humanos dos Estados Unidos (U.S. Food and Drug Administration, ou FDA) para maiores de 16 anos e disponibilizada sob a marca Comirnaty. A FDA também emitiu uma Autorização de Uso Emergencial da vacina Pfizer-BioNTech contra a COVID-19: (i) para vacinação em série primária de pessoas a partir de 5 anos, (ii) como dose única de reforço pelo menos 5 meses após a conclusão da série primária em indivíduos com 12 anos ou mais; e, (iii) como uma terceira dose primária da vacina pelo menos 28 dias após a segunda dose em indivíduos imunocomprometidos com 5 anos ou mais. Ambas as vacinas Pfizer-BioNTech e Comirnaty contra COVID-19 são administradas no músculo, em duas doses, com três semanas de intervalo.

Antes de administrar a vacina, o provedor requererá determinadas informações sobre o histórico médico da crianças. As perguntas referentes a essas informações estão disponíveis no site www.mass.gov/CDCScreeningForm

A vacina pode não oferecer proteção contra a COVID-19 para todas as pessoas. Algumas pessoas podem sentir efeitos colaterais após receber a vacina. Os efeitos colaterais relatados incluem dor no local da injeção, cansaço, dor de cabeça, dor muscular, calafrios, dor nas articulações, febre, inchaço e vermelhidão no local da injeção, náuseas, mal-estar e inchaço dos gânglios linfáticos. Existe uma chance remota de a vacina causar uma reação alérgica

¹No âmbito desta vacina, "imunocomprometido" inclui indivíduos que foram submetidos a transplante de órgão sólido ou diagnosticados com condições consideradas de nível equivalente de imunocomprometimento.

Formulário de consentimento para aplicação da vacina contra COVID-19 em indivíduos de 5 a 17 anos



grave. Uma reação alérgica grave pode ocorrer, de modo geral, dentro de alguns minutos a uma hora após a administração de uma dose da vacina. Por esse motivo, o provedor pode solicitar que a pessoa vacinada permaneça no local em que recebeu a vacina para monitoramento após a vacinação. Os sinais de uma reação alérgica grave podem incluir dificuldade para respirar, inchaço no rosto e garganta, batimentos cardíacos acelerados e/ou erupção cutânea em todo o corpo.

Mais informações podem ser encontradas no “Folheto informativo para vacinados e cuidadores” sobre a vacina Pfizer-BioNTech contra COVID-19:

- [Vacinados e cuidadores de 5 a 11 anos \(fda.gov\)](#)
- [Vacinados e cuidadores de 12 ou mais \(fda.gov\)](#)

Seção 3: Consentimento

CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENORES: Eu analisei as informações sobre as vacinas Pfizer-BioNTech e Comirnaty contra COVID-19 apresentadas na **Seção 2** acima e confirmo compreender seus riscos e benefícios. Ao fornecer meu consentimento abaixo, eu afirmo que:

1. Analisei este formulário de consentimento e entendo que o “Folheto informativo para vacinados e cuidadores” inclui informações mais detalhadas sobre os potenciais riscos e benefícios das vacinas Pfizer-BioNTech e Comirnaty contra COVID-19.
2. Tenho autoridade legal para consentir que a criança mencionada acima receba a vacina Pfizer-BioNTech ou Comirnaty contra COVID-19.
3. Entendo que não sou obrigado(a) a acompanhar a criança mencionada acima durante a vacinação e que, ao dar meu consentimento abaixo, a criança receberá a vacina Pfizer-BioNTech ou Comirnaty contra COVID-19 estando eu presente ou não durante a vacinação.
4. Caso tenha plano saúde que cubra a criança mencionada acima, autorizo a que a cobrança dos custos associados à administração da vacina Pfizer Comirnaty contra COVID-19 seja enviada ao provedor do plano de saúde. O governo está financiando a vacina Pfizer Comirnaty contra COVID-19 e, portanto, não haverá cobrança pelo custo da vacina associado à minha imunização.
5. Eu entendo que, conforme exigido pela lei estadual, todas as imunizações serão relatadas ao Sistema de Informação de Imunizações do Departamento de Saúde Pública de Massachusetts (Department of Public Health Massachusetts Immunization Information System, ou MIIS). Posso acessar a ficha técnica do MIIS para pais e pacientes no endereço www.mass.gov/dph/miis. O site oferece informações sobre o sistema e sobre os procedimentos cabíveis caso você queira contestar o compartilhamento de informações, sejam suas ou de seus familiares, com outros provedores cadastrados no MIIS.

EU DOU CONSENTIMENTO para que a criança mencionada na parte inicial deste formulário receba a vacina Pfizer-BioNTech ou Comirnaty contra COVID-19. Eu analisei e concordo com as informações estabelecidas na **Seção 3** deste formulário. (Caso este formulário de consentimento não estiver assinado, datado e seja entregue, a criança não será vacinada.)

Assinatura do Representante Legal Autorizado

Data