

Formulário de consentimento para aplicação da vacina contra COVID-19 em indivíduos de 17 anos ou menos



Seção 1: Informações sobre a criança que receberá a vacina da 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 contra COVID-19

A vacina contra COVID-19 que será administrada em seu filho(a) é produzida pela Pfizer-BioNTech ou Moderna. A vacina da 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. O FDA também emitiu Autorizações de Uso Emergencial das vacinas da Pfizer-BioNTech e Moderna contra COVID-19 para crianças de 6 meses a 17 anos. Essas autorizações abrangem a vacinação primária e doses de reforço. A quantidade de doses (injeções de vacina no músculo) necessárias para que a criança esteja totalmente vacinada varia de acordo com a vacina administrada, com a idade criança e com o seu histórico médico.

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

Formulário de consentimento para aplicação da vacina contra COVID-19 em indivíduos de 17 anos ou menos



A vacina pode não oferecer proteção contra a COVID-19 para todas as pessoas. Vacinar seus filhos pode ajudar a evitar que a criança desenvolva sintomas graves caso contraia a COVID-19.

Algumas pessoas podem sentir efeitos colaterais após receber a vacina. Os efeitos colaterais relatados são similares aos sentidos após a administração de vacinas habituais, podendo incluir cansaço, febre ou dor no local de vacinação. Os efeitos colaterais podem afetar a habilidade da criança de realizar tarefas cotidianas, mas tendem a passar dentro de poucos dias. Os efeitos colaterais são mais comuns após a segunda dose. Algumas crianças não apresentam efeitos colaterais.

Saiba mais sobre [possíveis efeitos colaterais em crianças após a vacinação contra a COVID-19](#).

Existe uma chance remota de a vacina causar uma reação alérgica 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.

Informações adicionais podem ser encontradas nas fichas técnicas dos fabricantes, disponíveis a seguir:

- [Vacinados e cuidadores de 6 meses a 4 anos – Pfizer-BioNTech \(fda.gov\)](#)
- [Vacinados e cuidadores de 5 a 11 anos – Pfizer-BioNTech \(fda.gov\)](#)
- [Vacinados e cuidadores de 12 anos ou mais – Pfizer-BioNTech \(fda.gov\)](#)
- [Vacinados e cuidadores de 6 meses a 5 anos – Moderna \(fda.gov\)](#)
- [Vacinados e cuidadores de 6 a 11 anos – Moderna \(fda.gov\)](#)
- [Vacinados e cuidadores de 12 anos ou mais – Moderna \(fda.gov\)](#)

Mais informações sobre a vacina contra COVID-19 para crianças e adolescentes estão disponíveis no endereço <https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/children-teens.html>



Seção 3: Consentimento

CONSENTIMENTO PARA VACINAÇÃO DE MENORES: Eu analisei as informações apresentadas na Seção 2 acima e confirmo compreender os riscos e benefícios apresentados. Ao fornecer meu consentimento abaixo, eu afirmo que:

- 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 contra COVID-19.
- Tenho autoridade legal para consentir que a criança mencionada acima receba a vacina contra COVID-19.
- Entendo que não sou obrigado(a) a acompanhar a referida criança durante a vacinação e que, ao dar meu consentimento abaixo, a criança receberá a vacina contra COVID-19 estando eu presente ou não durante a vacinação.
- Caso tenha plano saúde que cubra a criança mencionada acima, autorizo a que a cobrança dos custos associados à administração da vacina seja enviada ao provedor do plano de saúde. O governo está financiando a vacina e, portanto, não haverá cobrança pelo custo da vacina associado à imunização.
- 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). A ficha técnica do MIIS para pais e pacientes pode ser acessada 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 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