



SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
DIRETORIA DE VIGILÂNCIA À SAÚDE

ANEXO

TERMO DE ASSENTIMENTO PARA ADMINISTRAÇÃO DA **VACINA COMIRNATY** **(PFIZER PEDIÁTRICA).**

Eu (nome do pai, da mãe ou do responsável), _____, inscrito (a) sob RG n° _____ e inscrito (a) sob CPF n° _____, **AUTORIZO** meu filho (a) _____, a receber a **Vacina Pfizer/Comirnaty Pediátrica**, a ser administrada no Ponto de Vacinação.

Estou ciente de que, com o envio deste termo, devidamente preenchido e assinado, os profissionais de saúde no ponto de vacinação **PODERÃO** administrar a vacina em meu filho(a).

Informações importantes:

1. Os pais **DEVEM** ser avisados de que reações locais e sistêmicas são esperadas após a vacinação;
2. A vacina COVID-19 não deve ser administrada de forma concomitante a outras vacinas do calendário infantil, por precaução, sendo recomendado um intervalo mínimo de 15 dias;
3. Não deve ser administrada a indivíduos com hipersensibilidade ao princípio ativo ou a qualquer um dos excipientes da vacina;
4. A vacinação deve ser adiada em indivíduos que apresentem doença febril aguda grave ou infecção aguda;
5. Deve-se manter uma observação atenta por pelo menos 20 minutos após a vacinação. Caso o paciente já tenha tido anafilaxia com a 1ª dose da Comirnaty, a 2ª dose da vacina não deve ser administrada;
6. Na data em que ocorrer a vacinação, o responsável deverá levar a caderneta de saúde da criança e o profissional da sala de vacina irá inserir os dados de forma clara e legível no campo **CAMPANHAS**.

Assinatura do Pai/Mãe/ Responsável

Documento de Identificação