



Rastreo e Consentimento para Tomar a Vacina Contra o COVID 19, Para Menores de 18 Anos

Primeiro Nome \_\_\_\_\_ Inicial do Segundo Nome \_\_\_\_\_ Sobrenome(s) \_\_\_\_\_

Data Nasc (mês/dia/ano) \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Telefone Principal \_\_\_\_\_

Sexo (circule um): M / F / Prefiro não dizer Língua Preferida \_\_\_\_\_

Etnia  Hispânico/Latino  Não-Hispânico/Latino  Desconhecido  Prefiro não responder

Raça  Indígena americano ou nativo do Alasca  Asiático  Outra Raça  Branco
 Havaiano nativo/Outro Habitante das Ilhas do Pacífico  Negro ou Afro-Americano

Você é deficiente?  Sim  Não  Prefiro não responder

Endereço de Correspondência \_\_\_\_\_

Cidade \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Email \_\_\_\_\_ Empregador \_\_\_\_\_

Seguro / Plano de Saúde \_\_\_\_\_

Número de Registo do Seguro / Plano de Saúde \_\_\_\_\_ Número de Seguro Social \_\_\_\_\_

Nome do Beneficiário \_\_\_\_\_ Relacionamento/Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

Número de Seguro Social \_\_\_\_\_ Data Nasc (mês/dia/ano) \_\_\_\_\_

INFORMAÇÃO DE CONTATO EM CASO DE EMERGÊNCIA

Nome Completo \_\_\_\_\_ Relacionamento/Grau de Parentesco \_\_\_\_\_

Número de Telefone \_\_\_\_\_

\*\*\*\*\*

Vacina Aplicada:  Pfizer (2 doses, com 21 dias de intervalo)

Table with 4 columns: Lot# Dose 1, Dose, Route, Site, Provider's Signature & Title, Date Dose #1. Includes fields for IM, 0. ml, (Circle which side), R L Deltoid, and a second row for Dose 2.

	IM, 0. _____ ml (Circle which side)		
	R      L      Deltoid		

Perguntas

Faça um Círculo em  
Torno da Resposta

- |  |     |     |
|--|-----|-----|
| 1. Você testou positivo para o COVID-19 nos últimos 14 dias?   | Sim | Não |
| 2. Você tomou alguma outra vacina nos últimos 14 dias?   | Sim | Não |
| 3. Você recebeu anticorpos monoclonais COVID-19 ou plasma convalescente nos últimos 90 dias?   | Sim | Não |
| 4. Você já teve uma reação anafilática a uma vacina contra o COVID-19 previamente administrada ou a qualquer um dos componentes de uma vacina contra o COVID-19? | Sim | Não |

Page 1 of 3

4.20.21

Nome do/a Paciente: \_\_\_\_\_

- |   |  |     |
|---|--|-----|
| 5. Você tem alguma alergia a alguma vacina?<br>As vacinas contra o COVID-19 da Pfizer e da Moderna NÃO contêm Látex, Ovos nem Conservantes.   | Sim  | Não |
| 6. Você já teve alguma reação adversa grave a uma vacina contra o COVID-19?<br>Uma reação NORMAL após a vacinação contra o COVID inclui os seguintes sintomas. Estes podem ser mais graves após a segunda dose. | Sim  | Não |
| I. Artralgia (dor nas articulações)   | V. Dor de cabeça                                   |     |
| II. Fadiga  | VI. Mialgia (dor muscular)                         |     |
| III. Febre  | VII. Náuseas                                       |     |
| IV. Arrepios  | VIII. Dor local ou vermelhidão no local da injeção |     |
| 7. Você está grávida?   | Sim  | Não |

Estou grávida ou pratico a amamentação, posso me vacinar? Pode, sim, mas é recomendado que você receba algumas informações adicionais sobre os estudos que levaram à aprovação e os riscos conhecidos das vacinas.

- Nem a vacina da Pfizer/BioNtech nem da Moderna foi estudada em grávidas ou em mulheres que podem engravidar, por isso o Colégio Americano de Obstetras e Ginecologistas sugere uma conversa paciente-profissional de saúde sobre os riscos e benefícios da vacinação para os indivíduos
- Embora algumas mulheres nos ensaios clínicos tenham engravidado, não houve casos suficientes para podermos fazer determinações sobre a segurança.
- Embora as vacinas de mRNA sejam novas para o uso em seres humanos, o mRNA da vacina fica degradado rapidamente por processos celulares normais e não entra no núcleo da célula. Com base nos conhecimentos atuais, os especialistas acreditam que as vacinas de mRNA não apresentam riscos para a gestante nem para o feto. No entanto, os riscos potenciais das vacinas de mRNA para a gestante e o feto são desconhecidos porque essas vacinas não foram estudadas adequadamente em gestantes.
- Todas as vacinas podem causar reações imunológicas, incluindo febres. A febre pode causar problemas no desenvolvimento fetal, embora esse risco seja pequeno e as consequências da vacinação em geral durante a gravidez sejam raras.
- Devido às consequências da infecção e da doença COVID-19, em populações onde as vacinas de mRNA são recomendadas, como em profissionais de saúde, a vacinação deve ser oferecida às grávidas ou às mulheres que podem engravidar, especialmente onde a disseminação da doença na comunidade é uma preocupação.
- As mulheres lactantes não foram incluídas na maioria dos ensaios clínicos. A ACOG avisa que as preocupações teóricas sobre a segurança da vacinação de lactantes não ultrapassam os benefícios potenciais. As pacientes que recebem a vacina contra o COVID-19 não têm que interromper a amamentação.

Eu entendo os riscos e benefícios de receber a vacina contra o COVID-19 durante a gravidez e concordo em receber a vacinação. \_\_\_\_\_ Inicial

8. Você tem alguma condição imunossupressora (HIV, transplante de órgão sólido, ou você recebe algum tipo de terapia imunossupressora, etc.)? \_\_\_\_\_ Sim Não

Em caso afirmativo, não deixe de conversar com o seu profissional de saúde sobre o momento ideal para agendar a sua vacinação.

**EM CASO AFIRMATIVO:**

Estou imunocomprometido/a por causa de um medicamento que tomo ou de uma doença, posso tomar a vacina? Pode, sim. A vacina contra o COVID-19 é segura para você tomar. Se você tiver um sistema imunológico comprometido, a vacina pode ser menos eficaz, mas não deve criar efeitos colaterais adicionais. Observe que os pacientes imunocomprometidos não foram incluídos nos ensaios clínicos, tirando um pequeno número de pacientes com HIV. Eu entendo que as vacinas contra o COVID-19 não foram estudadas em pacientes imunocomprometidos e concordo em receber a vacinação. \_\_\_\_\_ Inicial

Nome do/a Paciente: \_\_\_\_\_

- Eu entendo que deixar de fornecer uma resposta precisa a qualquer uma das perguntas de triagem do COVID-19 pode resultar em aumento do risco de danos causados pela vacinação.
- Eu entendo que esta vacina médica contra o COVID-19 foi aprovada sob uma Autorização de Uso de Emergência (EUA) da FDA e não recebeu aprovação total da FDA.
- Fui avisado, entendo e reconheço a necessidade de esperar 15 minutos após receber a vacina contra o COVID-19 antes de operar qualquer equipamento pesado e/ou conduzir um veículo devido ao risco de uma reação adversa, incluindo a perda de consciência. Se eu optar por operar máquinas pesadas e/ou conduzir um veículo dentro de 15 minutos após receber a vacinação, compreendo e reconheço que assumo a responsabilidade exclusiva por todos os riscos associados, sejam eles conhecidos ou não; manterei isentos a Northern Light Health, os seus funcionários, agentes, contratados e oficiais de qualquer lesão, dano e/ou danos associados à minha decisão de operar equipamento pesado e/ou conduzir um veículo; e concordo em indenizar e/ou dispensar para sempre a Northern Light Health, os seus agentes, funcionários, executivos, diretores, seguradoras, subsidiárias e afiliadas por, de e contra todo e qualquer tipo de reivindicações, demandas, ações, responsabilidades, danos, reivindicações de danos punitivos ou liquidados, reivindicações de honorários advocatícios, custos e desembolsos, reivindicações de processo jurídico coletivo ou individual e demandas de qualquer outro tipo, sejam conhecidas ou desconhecidas, por lei ou patrimônio, contrato ou ato ilícito, feitas ou apresentadas por terceiros decorrentes de ou de alguma forma relacionada à minha decisão de operar equipamentos pesados e/ou conduzir um veículo dentro de 15 minutos após receber a vacina contra o COVID-19. Os reconhecimentos e liberações descritos neste parágrafo serão vinculativos para meus herdeiros, representantes pessoais, administradores, testamentários e cessionários.
- Eu entendo os benefícios e riscos de se tomar a vacina COVID-19, e que nenhum medicamento é isento de riscos, mesmo em pacientes sem fatores de risco.
- Evitarei tomar outras vacinas nos próximos 14 dias após receber a vacinação COVID-19.

Assinatura do/a Paciente: \_\_\_\_\_ Data (Mês/Dia/Ano): \_\_\_\_\_

Assinatura da Mãe/Pai ou Responsável (se for menor de 18 anos) \_\_\_\_\_ Data (Mês/Dia/Ano): \_\_\_\_\_

Queremos que você conheça quatro documentos importantes:

- Nosso Aviso de Práticas de Privacidade que explica seus direitos quando se trata de suas informações de saúde e como usamos e divulgamos essas informações.
- Seus Direitos e Responsabilidades como Paciente.

- O estado do Maine participa de uma troca de registros de saúde em todo o estado chamada HealthInfoNet. Partilhamos informações de saúde com essa troca, a menos que você opte por não participar. Se você não quer participar, o formulário de não-participação está disponível no site HealthInfoNet ou no site Northern Light Health.
- Um resumo da nossa Política de Assistência Financeira, que explica o programa de assistência financeira que oferecemos aos que se qualificam.
- Eu concordo com o Consentimento para Tratamento da Northern Light Health. Reconheço que posso solicitar uma cópia do (1) Consentimento para Tratamento da Northern Light Health, (2) Notificação de Práticas de Privacidade da Northern Light Health, (3) Direitos e Responsabilidades do Paciente, (4) informações sobre a troca de informações de saúde, incluindo a oportunidade de não participar e (5) um resumo em linguagem simples da Política de Assistência Financeira da Northern Light Health do pessoal da clínica.
- Dou consentimento para receber serviços.
- Dou consentimento para tomar a vacina contra o COVID-19.

Eu entendo que a vacinação por mim consentida requer duas doses para produzir imunidade contra o COVID-19 e que é necessário que eu receba as duas doses da vacina conforme agendado.

Assinatura do/a Paciente: \_\_\_\_\_ Data (Mês/Dia/Ano): \_\_\_\_\_

Assinatura da Mãe/Pai ou Responsável (se for menor de 18 anos) \_\_\_\_\_ Data (Mês/Dia/Ano): \_\_\_\_\_