



PREFEITURA MUNICIPAL DE PALMAS
Secretaria da Saúde
Avenida Teotônio Segurado, Quadra 1302 Sul, Conjunto 01, Lote 06
Palmas/TO - CEP 77.024-650
Telefone: (63) 3218-5332 E-mail: gabinete.saude.palmas@gmail.com

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA USO DA VACINA CONTRA COVID-19 EM GESTANTE E PUÉRPERA

Eu, Dr.(a) _____, registrado no Conselho Regional de Medicina do Estado do Tocantins sob o número _____, sou o responsável pelo tratamento e acompanhamento da paciente _____, com idade de _____ anos completos e idade gestacional de _____ semanas ou puérperas de _____ dias pós parto.

Informei a paciente que:

1. As vacinas COVID-19 em uso no Brasil não foram avaliadas em estudos de fase 3 em gestantes e puérperas e, portanto, não possuem indicação para uso em bula de maneira indiscriminada, sendo seu uso recomendado apenas após avaliação do risco-benefício;
2. Os dados de segurança para uso na gestação provêm sobretudo de estudos, que não demonstraram riscos aumentados de complicação, bem como relatos de uso pós implantação nos diversos países;
3. Gestantes e puérperas até 45 dias após o parto estão sob risco aumentado para desenvolver formas graves de covid-19 bem como de complicações obstétricas decorrentes da doença, tais como parto prematuro e óbito fetal;
4. O cenário epidemiológico no país tem apresentado elevada mortalidade materna pela covid-19, assim como a experiência prévia de uso de outras vacinas em gestantes que historicamente não demonstraram preocupações de segurança significativas neste grupo.
5. Após a aplicação da vacina, como em qualquer outro grupo, pode ocorrer evento adverso grave (EAG);
6. O mesmo deve informar ao médico prescritor toda e qualquer intercorrência clínica após a aplicação da vacina COVID-19;
7. É responsabilidade do médico prescritor notificar ao Sistema Nacional de Vigilância Sanitária, as suspeitas de eventos adversos de que tome conhecimento.

Assinatura e carimbo do (a) médico (a):

C.R.M.: _____ Data: ____/____/____

A ser preenchido pelo(a) paciente:

Eu, _____, Carteira de Identidade Nº _____, Órgão Expedidor _____, residente no endereço

_____, Palmas -Tocantins, telefone (____) _____, recebi pessoalmente as informações sobre a vacina e declaro que vou fazer, por entender que há mais benefício, portanto DECIDO ser vacinada contra a COVID-19.

Assinatura: _____

Data: ____/____/____