

# Termo de Ciência e Consentimento

## Vacinação

Paciente: \_\_\_\_\_ Sexo: \_\_\_\_\_  
Registro: \_\_\_\_\_ Data de nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
Convênio: \_\_\_\_\_  
Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Unidade: \_\_\_\_\_ Leito: \_\_\_\_\_  
Médico: \_\_\_\_\_

Por este instrumento, eu, \_\_\_\_\_, declaro que:

### O PROCEDIMENTO, SEUS BENEFÍCIOS, RISCOS E ALTERNATIVAS

Fui devidamente informado(a), em linguagem clara e objetiva pelo(a) médico(a), que devido à minha idade e/ou algumas características clínicas está indicada a aplicação das vacinas abaixo selecionadas;

Recebi as informações necessárias quanto aos benefícios e as probabilidades de êxito deste procedimento, assim como a possibilidade de ocorrência de reações adversas;

Estou ciente que as reações adversas mais frequentes são dor, sensibilidade, vermelhidão e endurecimento no local da aplicação, além de febre, mal estar e dores musculares. Fui informado que essas reações são benignas e autolimitadas, mas podem ser tratadas com a aplicação de compressa fria no local e a utilização de antitérmico de acordo com a prescrição médica;

Também fui informado que apesar de muito raras reações graves à vacina pode ocorrer.

### VACINAS

#### **PNEUMO 13V e 23V – Vacina contra Pneumonia Pneumocócica**

Esquema vacinal: de acordo com o histórico vacinal.

- Dose única de VPC13 seguida, após dois meses, de uma dose de VPP23.
- Reforço com VPP23 em cinco anos a critério médico.

Contra-indicações:

- Alergia a qualquer componente da vacina.
- Doença febril aguda, moderada ou grave.
- Histórico de reação anafilática previa a aplicação da vacina.

Vacina: \_\_\_\_\_  
Lote: \_\_\_\_\_  
Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

#### **INFLUENZA – Vacina contra Influenza**

Esquema vacinal: dose única anual

Contra-indicações:

- Alergia grave a ovo e a qualquer componente da vacina.
- Doença febril aguda, moderada ou grave.
- Histórico de reação anafilática previa a aplicação da vacina.

Vacina: \_\_\_\_\_  
Lote: \_\_\_\_\_  
Validade: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

---

## AUTORIZAÇÃO DO PACIENTE OU RESPONSÁVEL

---

Tive a oportunidade de esclarecer todas as minhas dúvidas relativas ao(s) procedimento(s), após ter lido e compreendido todas as informações deste documento, antes de sua assinatura;

Dessa forma, autorizo, por livre iniciativa, a aplicação das vacinas acima selecionadas:

Salvador, ____ de _____ de 20 ____ : ____ (hh:min)
Nome do paciente/ responsável: _____ RG: _____
Assinatura: _____
Nome do médico/ enfermeira/ técnico: _____ CRM/COREN: _____
Assinatura: _____

Em caso de dúvidas ou reações relacionadas à vacina entre em contato conosco: (71) 2203-9955 ou [vacinas@laboratoriolpc.com.br](mailto:vacinas@laboratoriolpc.com.br) ou procure o seu médico.