PREFEITURA MUNICIPAL DE NITERÓI
Secretaria Municipal de Saúde
Vice Presidência de Atenção Coletiva, Ambulatorial e da Família

TERMO DE ESCLARECIMENTO E AUTORIZAÇÃO PARA VACINAÇÃO CONTRA A COVID-19 COM INTERCAMBIALIDADE DA SEGUNDA DOSE DA VACINA PFIZER® APÓS EVENTO ADVERSO COM PRIMEIRA DOSE DE OUTRO FABRICANTE

Ponto de Vacinação _____

Eu _____

(nome completo), portador do CPF: _____, recebi a primeira dose do esquema vacinal contra a covid-19 com a vacina: _____. **Mediante evidências científicas disponíveis que já comprovam segurança e eficácia de intercambialidade entre vacinas, AUTORIZO** receber a segunda dose, no intervalo recomendado, com a vacina **Comirnaty (Pfizer/Wyeth).**

Optei por ser imunizado(a) com intercambialidade com vacina **Comirnaty (Pfizer/Wyeth),** considerando as evidências existentes, de modo a completar meu esquema para garantir a eficácia vacinal e/ou como medida de precaução por ter tido o seguinte evento adverso após a primeira dose da vacina _____ _____:

_____

_____ (*descrição da queixa clínica pós-vacinal*).

Declaro também ter sido orientada pelo vacinador a notificar e comparecer imediatamente à Unidade de Saúde **em caso de quaisquer eventos adversos pós-vacinação e que a oferta da intercambialidade aqui descrita ocorrerá mediante disponibilidade de estoque da vacina.**

Niterói, _____/_____/_____

_____

(assinatura do paciente)