

# Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine

## Beth Israel Lahey Health Consentimento para recebimento da vacina COVID-19 (Menores de 12 - 17 anos)

**O objetivo da vacinação da COVID-19 é reduzir o risco de infecção pelo vírus que causa a doença de Coronavírus 2019 (COVID-19) e diminuir o risco de ficar gravemente doente caso a infecção ocorra.**

Há duas vacinas de COVID-19 mRNA aprovadas pela Food and Drug Administration (“FDA”) sob Autorização de Uso Emergencial (“EUA”). Somente a vacina Pfizer- BioNTech COVID-19 é aprovada para pessoas de 12-17 anos. Por favor, revise a Folha Informativa da Vacina Pfizer-BioNTech COVID-19 da EUA para obter detalhes completos sobre a vacina e possíveis efeitos colaterais da vacina.

Folha informativa da FDA - [fda.gov/media/144414/download](https://www.fda.gov/media/144414/download)

### Razões para adiar a vacinação:

- ❑ **Você não deve receber a vacina Pfizer-BioNTech se tiver um histórico de alergia grave ou reação imediata de qualquer tipo (por exemplo, anafilaxia, dificuldade respiratória, urticária, inchaço ao redor da boca, garganta ou olhos) a uma dose prévia de uma vacina COVID-19 mRNA (ou qualquer um de seus componentes como polietilenoglicol (PEG) ou polissorbato).**
- ❑ Se você tiver febre (temperatura de 100,4 graus ou mais), calafrios ou qualquer sintoma de infecção pela COVID-19, você deve entrar em contato com seu provedor de cuidados de saúde primário para considerar testes para a COVID-19 antes da vacinação.
- ❑ Se você foi recentemente diagnosticado com COVID-19 ou está em quarentena devido a uma exposição, você deve esperar até que seu provedor de saúde primário recomende o fim do isolamento ou quarentena antes da vacinação.
- ❑ Se você recebeu (ou pode ter recebido em um ensaio clínico) qualquer um dos seguintes tratamentos de prevenção da COVID-19: um anticorpo monoclonal (como Regeneron ou Bamlanivimab) ou plasma convalescente, você deve esperar 90 dias após esta data antes de ser vacinado para que a vacina seja o mais eficaz possível.

### Outras Considerações Antes da Vacinação:

- Se você estiver grávida, lactando ou planejando engravidar, recomendamos que você tenha uma conversa com seu provedor de saúde para quaisquer perguntas sobre como a vacinação é adequada para você.
- **Se você tem um histórico de reação alérgica imediata (como anafilaxia, dificuldade de respirar, urticária ou inchaço ao redor da boca, garganta ou olhos) a qualquer outra vacina ou medicação injetável (intramuscular, intravenosa ou subcutânea) no passado, você deve nos informar para que o adequado monitoramento pós-vacinação adequado por mais tempo (30 minutos) possa ser realizado.**

### Período Necessário De Observação Pós-Vacinação:

Você será monitorado para quaisquer sinais de reação alérgica imediatamente após a vacinação (mínimo 15 minutos; 30 minutos se reação alérgica severa anterior). Alguns sintomas de reação alérgica são erupção cutânea, chiado, dificuldade de respirar, tontura e desmaio, inchaço ao redor da boca, garganta ou olhos. Esta não é uma lista exaustiva. Favor notificar-nos imediatamente se você notar algum destes sintomas ou se tiver qualquer outra preocupação.

### O que esperar após sua vacina COVID-19:

A vacina pode causar efeitos colaterais em algumas pessoas, como dores musculares, cansaço ou febre leve. Estas reações significam que a vacina está trabalhando para ajudar a ensinar seu corpo a combater a COVID-19 se você estiver exposto. Para a maioria das pessoas, estes efeitos colaterais não durarão mais do que um ou dois dias. Ter estes tipos de efeitos colaterais NÃO significa que você tenha COVID-19, caso você tenha dúvidas sobre sua saúde após sua vacinação, ligue para seu provedor de cuidados de saúde primário. Como acontece com qualquer medicamento, é raro, mas possível ter uma reação séria, como por exemplo, não conseguir respirar. É muito improvável que isso aconteça, mas se acontecer, ligue para o 911 ou vá para o pronto-socorro mais próximo. Favor comunicar todos os efeitos colaterais da vacina ao Sistema de Comunicação de Eventos Adversos de Vacinas (VAERS) online, [vaers.hhs.gov/reportevent.html](https://vaers.hhs.gov/reportevent.html), ou ao número gratuito do VAERS (1-800-822- 7967). Você também pode informar à ferramenta on-line v-safe do CDC ([vsafe.cdc.gov](https://vsafe.cdc.gov)).

### Após sua vacina contra a COVID-19:

Mesmo depois de tomar sua vacina, você precisará continuar usando uma máscara que cubra seu nariz e boca em certas situações, como descrito na Ordem de Máscaras de Massachusetts ([mass.gov/info-details/mask-up-massachusetts](https://www.mass.gov/info-details/mask-up-massachusetts)) e limpar suas mãos com frequência. Isto dá a você e a outros a melhor proteção contra a captura do vírus. Certifique-se de agendar seu retorno para sua 2ª dose de vacina. Você deve retornar ao mesmo local de vacinação para sua 2ª dose:

- Pfizer-BioNTech - a 2ª dose é para daqui 21 dias

Sua segunda dose deve ser agendada o mais próximo possível dessas datas. Se isto não estiver disponível ou for possível, tente marcar sua 2ª consulta dentro de 4 dias após o vencimento de sua 2ª dose. Por favor, evite outras vacinas não urgentes até 14 dias depois de ter completado sua série de vacinas contra a COVID-19.

[Continue to next page](#)

# Pfizer-BioNTech COVID-19 Vaccine

## Beth Israel Lahey Health Consentimento para recebimento da vacina COVID-19 (Menores de 12 - 17 anos)

**Lembrete: A vacina que você receber será listada em uma carteira de vacinação fornecida a você. Por favor, guarde esta carteirinha para seu registro de vacinação COVID-19 e leve-a para sua segunda consulta de vacinação.**

Considere inscrever-se no CDC v-safe Tool ([vsafe.cdc.gov](https://vsafe.cdc.gov)) - um smartphone pós-vacinação para pessoas que recebem as vacinas COVID-19. Esta ferramenta fornecerá um registro de sintomas, bem como lembretes de vacinação de 2ª dose.

Se você tiver alguma dúvida sobre os efeitos colaterais e se deve receber ou não sua 2ª dose da vacina, favor consultar seu provedor de cuidados de saúde primário.

### Consentimento para Receber a Vacina da COVID-19

As assinaturas abaixo confirmam que temos:

- ler (ou ter lido para nós) e compreender plenamente as informações fornecidas acima sobre a vacina COVID-19
- recebeu uma cópia da Ficha de Autorização da Vacina de Uso Emergencial Pfizer-BioNTech COVID-19 para Destinatários e Cuidadores e leu a ficha informativa
- abordou quaisquer preocupações médicas ou perguntas sobre contra-indicações para receber a vacina com o provedor de cuidados pessoais do menor
- tiveram a oportunidade de fazer qualquer pergunta sobre a vacina hoje e tiveram essas perguntas respondidas de forma satisfatória

Nossas assinaturas abaixo autorizam a criança menor de idade a receber a vacina da COVID 19.

Nome Completo do Menor (Favor imprimir):

Data de Nascimento:

Assinatura Do Pai/Mãe/Responsável Legal da criança menor

Data:

Relação Da Pessoa Que Consente A Criança Menor:

Intérprete Certificado, se utilizado:

## TO BE ENTERED BY BILH VACCINATOR

Date Given:

Manufacturer:

Given By:

Lot #:

Expiration Date:

EUA Fact Sheet Given:

2nd Dose Required: Y N

Date of 2nd Dose:

Deltoid Site: L R

Allergies:

(30-minute observation period required if history of severe allergy to any vaccine or injectable medication)