

Consentimento Informado — Vacinação contra COVID-19 para menores de 18 anos

Seu(s) filho(s) está(ão) recebendo uma vacina para prevenir a Doença do Coronavírus 2019 (COVID-19) causada pelo SARSCoV-2 (doravante, a “Vacina contra COVID-19”).

Este documento de consentimento informado, juntamente com a “Ficha informativa para destinatários e cuidadores” (disponível em <https://www.fda.gov/media/144414/download>), contém informações destinadas a ajudá-lo a compreender os riscos e benefícios potenciais associados a receber a Vacina contra COVID-19.

A Vacina contra COVID-19 pode impedir que seu filho tenha a doença. Não há vacina aprovada pela Administração de Alimentos e Medicamentos (FDA) dos EUA para prevenção da COVID-19. No entanto, a FDA autorizou o uso emergencial da vacina **Pfizer-BioNTech** contra COVID-19 para prevenção da COVID-19 em indivíduos com 12 anos de idade ou mais sob uma Autorização de Uso Emergencial (EUA). A Vacina contra COVID-19 é administrada por um provedor de saúde licenciado sob contrato com a Commonwealth of Massachusetts (ou seu representante) como uma série de 2 doses, com 3 semanas de intervalo, por via intramuscular.

A Vacina contra COVID-19 pode não proteger a todos. Os efeitos colaterais que foram relatados com a Vacina contra COVID-19 incluem dor no local da injeção, cansaço, dor de cabeça, dor muscular, calafrios, dor nas articulações, febre, inchaço no local da injeção, vermelhidão no local da injeção, náuseas, mal-estar e inchaço dos gânglios linfáticos. Há uma chance remota de que a Vacina contra COVID-19 possa causar uma reação alérgica grave. Uma reação alérgica grave geralmente ocorre dentro de alguns minutos a uma hora após a administração de uma dose da Vacina contra COVID-19. Por esse motivo, seu provedor de vacinação pode pedir que você fique no local onde recebeu a vacina, para monitoramento após a vacinação. Os sinais de uma reação alérgica grave podem incluir dificuldade para respirar, inchaço do rosto e da garganta, batimento cardíaco acelerado e/ou erupção cutânea intensa em todo o corpo.

Ao assinar este formulário, concordo que:

1. Eu revisei este consentimento informado, bem como a “Ficha informativa para destinatários e cuidadores”, que inclui informações mais detalhadas sobre os riscos e benefícios potenciais da Vacina contra COVID-19.
2. Tenho autoridade legal para consentir que meu filho seja vacinado com a Vacina contra COVID-19.
3. Eu entendo que, embora precauções sejam tomadas para a segurança do meu filho, nem o Mass General Brigham nem qualquer um de seus respectivos administradores, oficiais, funcionários ou patrocinadores da organização são responsáveis por qualquer acidente ou lesão que possa ocorrer a mim (ou a meu filho), como resultado de concordar em receber a Vacina contra COVID-19.
4. Eu entendo que concordar em receber a Vacina contra COVID-19 é opcional e que posso me recusar a dar essa autorização.
5. Autorizo minha seguradora a ser cobrada pelos custos de administração da Vacina contra COVID-19. O governo está pagando pela Vacina contra COVID-19 e não serei cobrado por essa parte do custo da minha imunização.
6. Eu entendo que conforme exigido pela lei estadual, todas as imunizações serão relatadas ao Sistema de Informação de Imunizações do Departamento de Saúde Pública de Massachusetts (MIIS). Posso acessar a Ficha informativa do MIIS para pais e pacientes, em www.mass.gov/dph/miis, para obter informações sobre o MIIS e o que fazer se eu desaprovar que os dados meus ou de minha família sejam compartilhados com outros provedores no MIIS.

Eu, abaixo assinado, analisei as informações mencionadas acima, incluindo informações sobre os possíveis benefícios e riscos da Vacina contra COVID-19. Posso receber uma cópia deste consentimento mediante solicitação. Tive a oportunidade de fazer perguntas antes de assinar este documento e fui informado que posso fazer perguntas adicionais a qualquer momento.

Autorizo meu filho a receber a Vacina contra COVID-19.

Assinatura do paciente (ou pai/mãe/responsável legal, se aplicável):
Nome impresso do pai/mãe/responsável legal (se aplicável):
Relacionamento com o paciente (se aplicável):
Data: