Australian Government

COVID-19 VACCINATION

Formulário de consentimento para vacinação contra COVID-19

Antes de preencher este formulário, você deve ler a folha informativa sobre a vacina que vai receber: Vaxzevria (AstraZeneca), Comirnaty (Pfizer) ou Spikevax (Moderna).

Última atualização: 8 de outubro de 2021

Sobre a vacinação contra COVID-19

Pessoas vacinadas contra COVID-19 têm uma chance muito menor de adoecerem com a COVID-19.

Há três marcas de vacinas em uso na Austrália. Todas elas são eficazes e seguras. Para adultos com menos de 60 anos de idade é preferível usar a Pfizer ou a Moderna, em vez da AstraZeneca.

Você precisa receber duas doses da mesma marca de vacina. Quando receber a primeira dose, irão lhe avisar quando precisará receber a segunda dose.

Pessoas que estão seriamente imunocomprometidas talvez precisem de uma terceira dose, como parte de sua primeira sequência da vacina. Consulte www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

Especialistas médicos analisaram as vacinas contra COVID-19, para garantir que elas sejam seguras. A maioria dos efeitos colaterais/reações é leve. Eles podem começar no dia da vacinação e durar um ou dois dias. Assim como qualquer vacina ou medicamento, pode haver efeitos colaterais/reações raros ou desconhecidos.

Existe um efeito colateral bem raro após a AstraZeneca, chamado síndrome de trombose com trombocitopenia, ou TTS. Isto significa coágulos sanguíneos (trombose) com níveis baixos de plaquetas sanguíneas (trombocitopenia). A TTS não ocorre após a Pfizer ou a Moderna.

Miocardite e pericardite (inflamação do coração) foram relatadas após a Pfizer e a Moderna. A maioria dos casos tem sido leve, e as pessoas têm se recuperado rapidamente.

Nome:												
Número do cartão Medicare:												

Avise ao seu provedor de cuidados de saúde se tiver qualquer efeito colateral após a vacinação com o qual esteja preocupado.

Você talvez seja contatado por mensagem de texto (SMS) ou por e-mail na semana após receber a vacina, para ver como está se sentindo.

Algumas pessoas podem contrair COVID-19 após a vacinação. Deve continuar seguindo todas as orientações da saúde pública em seu estado ou território para conter a propagação de COVID-19. Isto inclui:

- manter distância – ficar pelo menos 1,5 metro longe das outras pessoas
- lavar as mãos com frequência, usando água e sabão, ou usar um higienizador de mãos/álcool em gel
- usar máscara
- ficar em casa se não estiver bem, com sintomas parecidos com os de um resfriado ou uma gripe, e providenciar um teste para COVID-19.

Por lei, a pessoa que lhe aplicar a vacina deve registrar isto no Australian Immunisation Register (Registro Australiano de Imunização). Você pode consultar seu registro de vacinação online, através de:

- sua conta Medicare
- sua conta MyGov
- sua conta My Health Record.

Como são usadas as suas informações

Para saber como seus dados pessoais são recolhidos, armazenados e usados, visite www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations.

Se receber sua vacinação em uma farmácia, a farmácia deve compartilhar algumas de suas informações pessoais com o Gestor dos Programas da Farmácia. Isto ocorre para que a farmácia possa requerer o pagamento do Governo Australiano. Mais informações sobre o motivo de isto ser necessário e sobre quais informações são compartilhadas podem ser encontradas no link acima.

No dia em que receber a vacina

Antes de ser vacinado, avise a pessoa que estiver aplicando a vacina se:

- tiver tido qualquer reação alérgica, principalmente uma reação alérgica grave (anafilaxia) a:
  - uma dose anterior de uma vacina contra COVID-19
  - um ingrediente de uma vacina contra COVID-19
  - outras vacinas ou medicamentos
- estiver imunocomprometido. Isto significa que você está com o sistema imunológico enfraquecido, o que pode tornar mais difícil para você combater doenças. Você ainda pode receber uma vacina contra COVID-19, mas converse com seu médico sobre o melhor momento para a vacinação. Isto vai depender de seu problema médico e de seu tratamento.

Nome:												
Número do cartão Medicare:												

Lista de Verificação para o Consentimento

Sim	Não	
☐	☐	Já teve alguma reação alérgica a uma dose anterior de uma vacina contra COVID-19?
☐	☐	Já teve anafilaxia a qualquer outra vacina ou medicamento?
☐	☐	Já teve algum evento adverso grave que, após a análise especializada de um provedor de imunização experiente ou de um especialista médico, tenha sido atribuído a uma dose anterior de uma vacina contra COVID-19 (e não teve nenhuma outra causa identificada)?
☐	☐	Já teve mastocitose (doença dos mastócitos), que tenha causado anafilaxia recorrente?
☐	☐	Já teve COVID-19?
☐	☐	Tem algum problema de hemorragia?
☐	☐	Toma algum remédio para afinar o sangue (terapia anticoagulante)?
☐	☐	Está com o sistema imunológico enfraquecido (imunocomprometido)?
☐	☐	Está grávida? *
☐	☐	Tem estado doente, com tosse, dor de garganta ou febre, ou está se sentindo mal?
☐	☐	Já recebeu alguma vacina contra COVID-19?
☐	☐	Recebeu alguma outra vacina nos últimos 7 dias?

Relevante apenas para quem for receber a AstraZeneca:

☐	☐	Já foi diagnosticado com síndrome de vazamento capilar (capillary leak syndrome)?
☐	☐	Já teve trombose (coágulos sanguíneos) juntamente com trombocitopenia (nível baixo de plaquetas) dentro de 42 dias após receber uma dose anterior de AstraZeneca?
☐	☐	Já teve trombose do seio venoso cerebral? *
☐	☐	Já teve trombocitopenia induzida por heparina? *
☐	☐	Já teve coágulos sanguíneos nas veias abdominais (veias esplâncnicas)? *
☐	☐	Já teve síndrome antifosfolípide associada a coágulos sanguíneos? *
☐	☐	Tem menos de 60 anos de idade? *

* A Pfizer e a Moderna são as vacinas preferidas para pessoas destes grupos. Se estas vacinas não estiverem disponíveis, pode-se considerar a AstraZeneca, se os benefícios da vacinação forem maiores que os riscos.

Para mais informações, consulte www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts.

Se estiver grávida, consulte www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy.

Relevante apenas para quem for receber a Pfizer ou a Moderna:

☐	☐	Já foi diagnosticado com miocardite e/ou pericardite, que tenham sido atribuídas a uma dose anterior da Pfizer ou da Moderna?
☐	☐	Teve miocardite, pericardite ou endocardite nos últimos seis meses?

Nome:												
Número do cartão Medicare:											■	

☐ ☐ Tem, no momento, febre reumática aguda ou doença reumática cardíaca aguda?

☐ ☐ Tem insuficiência cardíaca grave?

Se respondeu “Sim” para qualquer uma das perguntas acima, talvez ainda possa receber a Pfizer ou a Moderna, mas deve conversar antes com seu Clínico Geral (GP), com um especialista em imunização ou um cardiologista, para decidir o melhor momento para a vacinação e se são necessárias precauções adicionais.

Última atualização: 8 de outubro de 2021

Nome:												
Número do cartão Medicare:												

Dados do paciente

Nome:	
Número do cartão Medicare:	
Identificador Pessoal de Saúde (IHI), se for o caso:	
Data de nascimento:	
Endereço:	
Número do telefone para contato:	
Endereço de e-mail:	
Gênero:	
Idioma falado em casa:	
País de nascimento:	

É aborígene e/ou das Ilhas do Estreito de Torres?

☐ Sim, apenas aborígene
☐ Sim, apenas das Ilhas do Estreito de Torres
☐ Sim, aborígene e das Ilhas do Estreito de Torres
☐ Não
☐ Prefiro não responder

Parente mais próximo (no caso de uma emergência):	
Nome:	
Número do telefone para contato:	

Consentimento para receber a vacina contra COVID-19

☐ Confirmo que recebi e entendi as informações fornecidas a mim sobre a vacinação contra COVID-19.

☐ Confirmo que não tenho nenhum dos problemas médicos acima, ou que conversei sobre estes problemas e outras circunstâncias especiais com meu provedor de saúde regular e/ou com o provedor de vacinação.

☐ Concordo em receber uma sequência da vacina contra COVID-19 (duas doses da mesma vacina).

Nome:	
Número do cartão Medicare:	

Nome do paciente:	
Assinatura do paciente:	
Data:	

☐ Sou o pai/mãe/responsável pelo paciente ou o tomador de decisões substituto, e concordo com a vacinação contra COVID-19 para o paciente identificado acima.

Nome do pai/mãe/responsável/tomador de decisões substituto:	
Assinatura do pai/mãe/responsável/tomador de decisões substituto:	
Data:	

Nome:												
Número do cartão Medicare:												

Para uso do provedor:

1ª dose:

Data em que a vacina foi aplicada:	
Horário de aplicação:	
Marca da vacina contra COVID-19 aplicada:	
Nº do lote:	
Nº de série:	
Local da injeção:	
Nome do provedor de serviço de vacinação:	

2ª dose:

Data em que a vacina foi aplicada:	
Horário de aplicação:	
Marca da vacina contra COVID-19 aplicada:	
Nº do lote:	
Nº de série:	
Local da injeção:	
Nome do provedor de serviço de vacinação:	

3ª Dose:*

Data em que a vacina foi aplicada:	
Horário de aplicação:	
Marca da vacina contra COVID-19 aplicada:	
Nº do lote:	
Nº de série:	
Local da injeção:	
Nome do provedor de serviço de vacinação:	

*Se necessária. Para mais informações, consulte:
www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

Última atualização: 8 de outubro de 2021

Nome:												
Número do cartão Medicare:												