

Termo de Ciência e Consentimento

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____
Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

VACINAÇÃO

Por este instrumento, eu, _____, declaro que no dia _____ de _____ de 20_____, às _____ : _____ (hh:mm):

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.

Vacina: _____
Lote: _____
Validade: ____/____/____

Contra-indicações:

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

Termo de Ciência e Consentimento

VACINAÇÃO

COLE AQUI A ETIQUETA. SE NAO TIVER, PREENCHA TODOS OS CAMPOS

Nome Completo/Social: _____ Sexo: _____
Data de nasc.: ____/____/____ Registro: _____
Filiação: _____
Convênio: _____
Data: ____/____/____ Unidade: _____ Leito: _____
Médico: _____

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:

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 ou procure o seu médico.