

# FORMULÁRIO DE VACINAÇÃO

## VACINA COVID PARA CRIANÇAS DE 05 A 11 ANOS

É uma vacina utilizada para prevenir a doença COVID-19 provocada pelo vírus SARS-CoV-2 em indivíduos na faixa etária de 05 a 11 anos.

**ATENÇÃO:** Importante informar ao profissional de saúde no ponto de vacinação, o estado de saúde da criança, uso de medicamentos, histórico de doenças para que sejam avaliadas as indicações, precauções e contraindicações.

### INFORMAR SE...

1. Está apresentando sintomas gripais nos últimos 15 dias?

SIM  NÃO COMPLEMENTAR \_\_\_\_\_

2. Tomou alguma vacina nos últimos 15 dias?

SIM  NÃO  
COMPLEMENTAR \_\_\_\_\_

3. Está com febre?

SIM  NÃO  
COMPLEMENTAR \_\_\_\_\_

4. Está com algum sintoma gripal no momento?

SIM  NÃO  
COMPLEMENTAR \_\_\_\_\_

5. Tem algum tipo de alergia? Qual?

SIM  NÃO  
COMPLEMENTAR \_\_\_\_\_

### TERMO DE ASSENTIMENTO DOS PAIS

Eu, \_\_\_\_\_, grau de parentesco \_\_\_\_\_, RG/CPF n° \_\_\_\_\_, permito que meu filho (a) \_\_\_\_\_, Data de nascimento, \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_, RG/CPF n° \_\_\_\_\_, receba a 1ª dose da vacina contra Covid 19, laboratório Pfizer, específica para faixa etária de 5 a 11 anos e declaro serem verdadeiras as informações abaixo.

Todas as orientações exigidas na nota técnica N°2/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS foram devidamente esclarecidas pelo profissional de saúde?

SIM  NÃO

\*(Cópia do documento de identificação da criança, do responsável (pai ou mãe que assinou a declaração) e cartão de vacina da criança.

Assinatura da mãe ou do pai \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### ESPAÇO RESERVADO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Horário da vacinação \_\_\_\_\_

Término da observação \_\_\_\_\_

Vacinador \_\_\_\_\_

# FORMULÁRIO DE VACINAÇÃO

## VACINA COVID PARA CRIANÇAS DE 05 A 11 ANOS

É uma vacina utilizada para prevenir a doença COVID-19 provocada pelo vírus SARS-CoV-2 em indivíduos na faixa etária de 05 a 11 anos.

**ATENÇÃO:** Importante informar ao profissional de saúde no ponto de vacinação, o estado de saúde da criança, uso de medicamentos, histórico de doenças para que sejam avaliadas as indicações, precauções e contraindicações.

### INFORMAR SE...

1. Está apresentando sintomas gripais nos últimos 15 dias?

SIM  NÃO COMPLEMENTAR \_\_\_\_\_

2. Tomou alguma vacina nos últimos 15 dias?

SIM  NÃO  
COMPLEMENTAR \_\_\_\_\_

3. Está com febre?

SIM  NÃO  
COMPLEMENTAR \_\_\_\_\_

4. Está com algum sintoma gripal no momento?

SIM  NÃO  
COMPLEMENTAR \_\_\_\_\_

5. Tem algum tipo de alergia? Qual?

SIM  NÃO  
COMPLEMENTAR \_\_\_\_\_

### TERMO DE ASSENTIMENTO DOS PAIS

Eu, \_\_\_\_\_, grau de parentesco \_\_\_\_\_, RG/CPF n° \_\_\_\_\_, permito que meu filho (a) \_\_\_\_\_, Data de nascimento, \_\_\_\_\_, idade \_\_\_\_\_, RG/CPF n° \_\_\_\_\_, receba a 1ª dose da vacina contra Covid 19, laboratório Pfizer, específica para faixa etária de 5 a 11 anos e declaro serem verdadeiras as informações abaixo.

Todas as orientações exigidas na nota técnica N°2/2022-SECOVID/GAB/SECOVID/MS foram devidamente esclarecidas pelo profissional de saúde?

SIM  NÃO

\*(Cópia do documento de identificação da criança, do responsável (pai ou mãe que assinou a declaração) e cartão de vacina da criança.

Assinatura da mãe ou do pai \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

### ESPAÇO RESERVADO PARA O PROFISSIONAL DE SAÚDE

Horário da vacinação \_\_\_\_\_

Término da observação \_\_\_\_\_

Vacinador \_\_\_\_\_