

Ministério da Saúde

Formulário de Triage e Consentimento para Vacinas contra a COVID-19

FORMULÁRIO DE TRIAGEM E CONSENTIMENTO - Vacinas COVID-19

Versão 2.0 – 23 de janeiro de 2021

Último sobrenome		Nome		Identificação (p. ex., nº do cartão de saúde)	
Sexo: ☐ Feminino ☐ Masculino ☐ Não Binário ☐ Prefiro não responder				Médico de atenção básica (médico/a de família ou enfermeiro/a)	
Fone residencial	Celular	E-mail			
Endereço			Cidade	Província	Código postal
Data de Nascimento (mês / dia / ano)	Idade	Esta é a sua primeira ou segunda dose da vacina? ☐ Primeira ☐ Segunda			
-----/-----/-----		Se for a segunda, indique a data da primeira dose: -----/-----/----- (mês/dia/ano)			

Responda a todas as perguntas abaixo:

Você está com sintomas de COVID-19 ou está se sentindo mal hoje*? ☐ Não ☐ Sim	Se sim, dê mais detalhes
Você já teve uma reação alérgica grave (como anafilaxia) a uma dose anterior de uma vacina de mRNA contra a COVID, um de seus componentes ou ao recipiente da vacina? ☐ Não ☐ Sim	Se sim, dê mais detalhes
Você tem suspeita de hipersensibilidade ou já teve uma reação alérgica imediata a algum dos seguintes? <i>(inclui reações alérgicas que você teve em até 4 horas e que causaram urticária, inchaço ou dificuldade para respirar, incluindo chiado no peito):</i>	Se sim, dê mais detalhes
Uma dose anterior de uma vacina de mRNA contra a COVID-19 ☐ Não ☐ Sim	
Algum componente de uma de mRNA contra a COVID-19 (incluindo polietilenoglicol [PEG])** ☐ Não ☐ Sim	
Polissorbato (devido à potencial hipersensibilidade de reação cruzada com o componente de PEG da vacina) ** ☐ Não ☐ Sim	

Você já teve uma reação alérgica grave (por exemplo, anafilaxia) ou imediata a qualquer outra vacina ou terapia injetável – por exemplo, vacinas intramusculares, intravenosas ou subcutâneas, ou terapias não relacionadas a um componente das vacinas de mRNA contra o COVID-19 ou polissorbatos? <i>(inclui reações alérgicas que você teve em até 4 horas e que causaram urticária, inchaço ou dificuldade para respirar, incluindo chiado no peito):</i> ☐ Não ☐ Sim	Se sim, dê mais detalhes
Você já teve alguma reação alérgica grave (como anafilaxia) sem relação com vacinas ou medicamentos injetáveis – como alergias a alimentos, animais de estimação, veneno, ambientais, a látex etc.? ☐ Não ☐ Sim	Se sim, dê mais detalhes
Você recebeu outra vacina (que não seja uma vacina contra a COVID-19) nos últimos 14 dias? ☐ Não ☐ Sim	Se sim, dê mais detalhes
Você está ou poderia estar grávida? ☐ Não ☐ Sim	Se sim, dê mais detalhes
Você está amamentando? ☐ Não ☐ Sim	Se sim, dê mais detalhes
Você tem algum problema com seu sistema imunológico ou está tomando algum medicamento que pode afetar seu sistema imunológico (como esteroides em altas doses ou quimioterapia)? ☐ Não ☐ Sim	Se sim, dê mais detalhes
Você tem uma doença autoimune? ☐ Não ☐ Sim	Se sim, dê mais detalhes
Você tem um distúrbio hemorrágico ou está tomando medicamentos que podem afetar a coagulação do sangue (como anticoagulantes)? ☐ Não ☐ Sim	Se sim, dê mais detalhes

Você já se sentiu tonto ou desmaiou após uma vacinação ou procedimento médico? ☐ Não ☐ Sim	Se sim, dê mais detalhes
* Os sintomas de COVID-19 podem incluir febre, retorno de tosse ou agravamento de tosse crônica, falta de ar, dificuldade para respirar, dor de garganta, dificuldade de engolir, diminuição ou perda do olfato ou paladar, calafrios, dores de cabeça, cansaço/mal-estar inexplicáveis, dores musculares, náusea/vômito, diarreia ou dor abdominal, conjuntivite, nariz escorrendo ou congestão nasal sem outra causa conhecida, ou, para pessoas com mais de 70 anos, quedas mais frequentes ou sem explicação, declínio funcional agudo, piora de condições crônicas ou delírios	** O polietilenoglicol (PEG) pode raramente causar reações alérgicas e é encontrado em produtos como medicamentos, produtos de preparação intestinal para colonoscopia, laxantes, xaropes para tosse, cosméticos, cremes para a pele, produtos médicos usados na pele e durante operações, pastas de dente, lentes de contato e soluções para lente de contato. O PEG também pode ser encontrado em alimentos ou bebidas, mas não há evidências de que cause reações alérgicas a alimentos ou bebidas. O polissorbato também pode causar reações alérgicas devido à reatividade cruzada com o PEG.
<u>Consentimento para recebimento a vacina</u> Li (ou me foi lido) e compreendi o 'Folheto de Informações da Vacina contra a COVID-19' - Tive a oportunidade de fazer perguntas e de obter respostas satisfatórias. - Tive a oportunidade de falar com meu provedor de atenção básica sobre quaisquer considerações especiais que se apliquem a mim em relação à vacina contra a COVID-19. ☐ Consinto em receber a vacina	
<u>Declaração sobre a coleta, uso e divulgação de informações pessoais de saúde</u> As informações pessoais de saúde neste formulário estão sendo coletadas com a finalidade de fornecer serviços de saúde a você e criar um registro de vacinação para você, e também porque é necessário para a gestão do programa de vacinação contra a COVID-19 de Ontário. Essas informações serão utilizadas e divulgadas para esses fins, bem como para outros fins autorizados e exigidos por lei. Por exemplo: - elas serão divulgadas ao Secretário de Saúde (<i>Chief Medical Officer</i>) e às unidades de saúde pública de Ontário quando necessário para os fins da Lei de Proteção e Promoção da Saúde (<i>Health Protection and Promotion Act</i>); e - elas podem ser divulgadas, como parte de seu registro de saúde eletrônico provincial, a prestadores de serviços de saúde que estejam atendendo você. As informações serão armazenadas em um sistema de prontuário sob custódia e controle do Ministério da Saúde.	

Nos casos em que uma Clínica seja administrada por um hospital, o hospital coletará, usará e divulgará suas informações atuando como agente do Ministério da Saúde.

☐ **Confirmo que li e entendi a declaração acima.**

Pode ser que contactem você de um hospital, unidade de saúde pública local ou do Ministério da Saúde para fins relacionados à vacina contra a COVID-19 (p. ex., para lembrar você das consultas de acompanhamento e fornecer um comprovante de vacinação). Caso concorde em receber essas comunicações de acompanhamento por e-mail ou mensagem de texto (SMS), indique usando as caixas de seleção abaixo.

Consinto em receber comunicações de acompanhamento:

☐ **por e-mail** ☐ **por SMS**

Consentimento para receber contatos relacionados a pesquisas

Muitas pesquisas serão realizadas em relação às vacinas contra a COVID-19.

Você tem a opção de consentir em receber contatos de pesquisadores para participar em pesquisas relacionadas a vacinas contra o COVID-19. Caso consinta que contactem você, suas informações pessoais de saúde serão usadas para determinar quais pesquisas podem ser relevantes para você, e o seu nome e as suas informações de contato serão revelados à equipe de pesquisa. Consentir que contactem você sobre pesquisas não significa que você consente em participar da pesquisa em si. A participação em pesquisas é voluntária. Você pode se recusar a consentir em ser contactado sobre pesquisas, e isto não afetará sua admissibilidade para receber a vacina contra a COVID-19.

Caso você consinta que contactem você sobre pesquisas e depois mude de ideia, você pode retirar seu consentimento a qualquer momento entrando em contato com o Ministério da Saúde no endereço Vaccine@ontario.ca.

Consinto que me contactem sobre pesquisas relacionadas a vacinas contra a COVID-19:

☐ **por e-mail** ☐ **por SMS** ☐ **por telefone** ☐ **por correio**

☐ **Não consinto que me contactem sobre pesquisas relacionadas à COVID-19:**

Assinatura

Nome por extenso

Data da assinatura

Caso esteja assinando por outra pessoa, indique seu relacionamento com essa outra pessoa:

☐ Caso esteja assinando por alguém que não seja eu, confirmo que sou o pai/responsável legal ou o tomador de decisões substituto da pessoa acima.

Questões específicos relacionados ao Long-Term Care Homes Act, 2007

O consentimento de residentes para receber a vacina pode ser retirado ou revogado a qualquer momento.

Declaração com relação ao Artigo 83 do Long-Term Care Homes Act:

Observe a seguinte proteção legal:

Todo titular de licença para operação de um lar para cuidados de longa duração (*long-term care home*) deverá assegurar que nenhuma pessoa seja informada ou levada a acreditar que um residente em potencial terá sua admissão recusada ou que um residente terá alta do estabelecimento devido:

- (a) à não assinatura de um documento;
- (b) à anulação de um contrato; ou
- (c) ao fato de que se tenha dado, deixado de dar, retirado ou revogado um consentimento ou diretriz com relação ao tratamento ou atenção de saúde

Agent	COVID-19	Product Name	Lot #	Dose
Anatomical Site	☐ Left deltoid ☐ Right deltoid		Route	Intramuscular Dose #
Date Given	----/----/---- (m/d/yyyy)		Time Given	----:---- am pm AEFI? ☐ Yes ☐ No
Given By (Name, Designation)		Location		Authorized By
Reason for Immunization		☐ Healthcare worker ☐ Healthcare worker: LTC Home ☐ Healthcare worker: Retirement Home ☐ LTC Home: Resident ☐ Retirement Home: Resident ☐ Advanced age: community dwelling ☐ Other employees in acute care, LTC, RHs ☐ Indigenous community ☐ Chronic conditions		
Reason Immunizations Not Given		Healthcare provider: ☐ Determines immunization is contraindicated ☐ Recommends immunization but no consent received ☐ Determines that immunization will be temporarily deferred		
Your dose 2 of 2 is scheduled for:		----/----/---- (m/d/yyyy) ----:---- am pm		