

Formulário de consentimento para vacinação contra a COVID-19

FORMULÁRIO DE CONSENTIMENTO - VACINA CONTRA A COVID-19

Versão 3.0 – 11 de março de 2021

Sobrenome		Nome		Documento de identificação (por exemplo, número do cartão de saúde)	
Gênero: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Prefiro não responder <input type="checkbox"/> Outro: _____				Clínico geral (médico da família ou enfermeiro clínico)	
Se for indígena, indique à qual povo indígena pertence: <input type="checkbox"/> Primeiras Nações <input type="checkbox"/> Métis (incluindo membros da organização ou do assentamento Métis) <input type="checkbox"/> Inuk/inuit <input type="checkbox"/> Outro povo indígena, especifique: _____ <input type="checkbox"/> Prefiro não responder <input type="checkbox"/> Desconhecido					
Telefone residencial		Celular			
Endereço			Cidade	Estado	CEP

Data de nascimento (dia/mês/ano) _____ / _____ / _____	Idade	É a sua primeira ou segunda dose da vacina? <input type="checkbox"/> Primeira <input type="checkbox"/> Segunda Se for a segunda, indique a data da primeira dose e o nome da vacina aplicada: _____/_____/_____ (dia/mês/ano) Nome da vacina aplicada: _____
---	-------	---

Consentimento para receber a vacina

Eu li (ou foi lido para mim) e entendi o Kit de imunização, incluindo os seguintes documentos: 'Documento de informações da vacina contra a COVID-19' e 'O que você precisa saber sobre a sua consulta para vacinação contra a Covid-19'.

- Eu pude fazer perguntas sobre a vacina que estou recebendo e estou satisfeito com as respostas.

Eu concordo em receber a vacina, incluindo todas as doses recomendadas da série.

- Eu entendo que posso retirar este consentimento a qualquer momento.
- Eu entendo que se estou retirando o consentimento como tomador de decisão representante de um indivíduo, devo entrar em contato com a instituição comunitária em que o indivíduo reside.

Observação: Entre em contato com a clínica de vacinação onde você deve receber a vacina contra a Covid-19 se mudar de ideia e não concordar mais em receber a dose. Assim, outra pessoa poderá tomar a vacina no seu lugar. Se o consentimento foi retirado por um tomador de decisão representante de um indivíduo que reside em uma instituição comunitária, então o lugar deve contatar a unidade de saúde pública local.

Reconhecimento de coleta, uso e divulgação de informações pessoais de saúde

As informações pessoais de saúde neste formulário são coletadas com a finalidade de prestar atendimento e criar um registro de imunização para você, além de ser necessário para a administração do programa de vacinação contra a COVID-19 de Ontário. Essas informações serão usadas e divulgadas para tais fins, bem como para outros fins autorizados e exigidos por lei. Por exemplo,

- serão divulgadas ao Diretor Médico da Saúde e às unidades de saúde pública de Ontário onde a divulgação for necessária para cumprir com a Lei Health Protection and Promotion Act. e
- poderão ser divulgadas, como parte do registro de saúde eletrônico da sua província, para prestadores de serviços de saúde ao prestarem atendimento a você.

As informações serão armazenadas em um sistema de registros de saúde sob custódia e controle do Ministério da Saúde.

Quando uma clínica for administrada por um hospital, o hospital coletará, usará e divulgará suas informações como um agente do Ministério da Saúde.

Reconheço que li e entendi a declaração acima.

Você poderá ser contatado por um hospital, unidade de saúde pública local ou pelo Ministério da Saúde para fins relacionados à vacina contra a COVID-19 (por exemplo, para lembrá-lo das consultas de acompanhamento e para fornecer um registro de imunização a você). Se você concorda em receber essas comunicações de acompanhamento por e-mail, indique isso marcando a caixa abaixo.

Eu concordo em receber notificações de acompanhamento:

por e-mail **por mensagem/SMS**

Se você escolheu por e-mail, forneça seu endereço de e-mail:

Consentimento para ser contatado sobre estudos

Você pode escolher concordar em ser contatado por pesquisadores sobre a participação em estudos relacionados à vacina contra a COVID-19. Se você concorda em ser contatado, suas informações pessoais de saúde serão usadas para determinar quais estudos podem ser relevantes para você, e seu nome e informações de contato serão revelados aos pesquisadores. Concordar em ser contatado sobre estudos de pesquisa não significa que você concordou em participar do próprio estudo. A participação no estudo é voluntária. Você pode se recusar a concordar em ser contatado sobre estudos sem que isso afete a sua qualificação para receber a vacina contra a COVID-19.

Se você não deseja ser contatado sobre estudos, indique abaixo.

Se você concordar em ser contatado sobre estudos e depois mudar de ideia, você pode retirar o consentimento a qualquer momento entrando em contato com o Ministério da Saúde pelo endereço de e-mail vaccine@ontario.ca.

Isso não afetará a sua qualificação para receber a vacina contra a COVID-19.

Eu concordo em ser contatado sobre estudos relacionados à vacina contra a COVID-19:

por e-mail por mensagem/SMS por telefone por correio

Se você escolheu por e-mail, forneça seu endereço de e-mail:

Eu não concordo em ser contatado sobre estudos relacionados à vacina contra a COVID-19:

Assinatura	Nome em letra de forma	Data da assinatura

Se você estiver assinando em nome de alguém que não seja você, indique seu relacionamento com essa outra pessoa:

Se eu estiver assinando em nome de alguém que não seja eu, eu confirmo que sou o pai/mãe/responsável legal ou o tomador de decisões representante.

Questões específicas referentes à Lei: Long-Term Care Homes Act, 2007

O consentimento do residente para receber a vacina pode ser retirado ou revogado a qualquer momento.

Declaração respeitando a seção 83 da Lei:

Observe a seguinte proteção legal:

Cada licenciado de casa de cuidado de longo prazo deve garantir que nenhuma pessoa seja informada ou induzida a acreditar que um residente em potencial terá a admissão recusada ou que um residente terá alta da casa porque:

- a) um documento não foi assinado;
- b) um acordo foi anulado; ou
- c) um consentimento ou diretriz com relação ao tratamento ou atendimento foi dado, não dado, retirado ou revogado.

SOMENTE PARA USO CLÍNICO						
Agente	COVID-19	Nome do produto		Lote n.º		Quantidade da dose:
Local anatômico	<input type="checkbox"/> Deltoide esquerdo <input type="checkbox"/> Deltoide direito		Via	Intramuscular (IM)		Dose n.º:
Data de aplicação	----- / ----- / ----- (d/m/aaaa)	Horário da aplicação	----- : ----- a.m. p.m.	EAPV? (após receber a dose atual)	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Aplicado por (nome, cargo)		Local		Autorizado por		

Razão da imunização	<input type="checkbox"/> Profissional da área de saúde <input type="checkbox"/> Cuidado de longo prazo: Residente <input type="checkbox"/> Cuidado de longo prazo: Profissional da área de saúde <input type="checkbox"/> Cuidado de longo prazo: Outro que não seja funcionário <input type="checkbox"/> Casa de repouso: Profissional da área de saúde <input type="checkbox"/> Casa de repouso: Residente <input type="checkbox"/> Casa de repouso: Cuidador principal <input type="checkbox"/> Casa de repouso: Outro que não seja funcionário <input type="checkbox"/> Idade avançada: Moradia comunitária <input type="checkbox"/> Adulto sob cuidados de saúde para doenças crônicas <input type="checkbox"/> Comunidade indígena <input type="checkbox"/> Outra população prioritária <input type="checkbox"/> Instituição comunitária: Residente <input type="checkbox"/> Instituição comunitária: Equipe <input type="checkbox"/> Instituição comunitária: Cuidador principal
Razão pela qual a imunização não foi dada	<input type="checkbox"/> A imunização é contraindicada <input type="checkbox"/> O médico recomenda a imunização, mas não há consentimento do PACIENTE <input type="checkbox"/> Decisão do médico de adiar temporariamente a imunização <input type="checkbox"/> Não qualificado clinicamente <input type="checkbox"/> O paciente retirou o consentimento para a série
Sua segunda dose está agendada para:	_____ / _____ / _____ (d/m/aaaa) _____ : _____ a.m. p.m.