

	FORMULÁRIO	MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES SECRETARIA DE SAÚDE DE SAÚDE
	TERMO DE DESISTÊNCIA OU RECUSA DE IMUNIZAÇÃO	
ESTE DOCUMENTO PERTENCE AO SETOR DE SAÚDE RESPONSÁVEL PELA IMUNIZAÇÃO		

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
NOME:	
DATA DE NASCIMENTO:	
NOME DA MÃE:	
NOME DO RESPONSÁVEL PELO PACIENTE:	
CPF:	RG:
GRUPO PRIORITÁRIO QUE PERTENCE PARA VACINAÇÃO	
IDOSO ()	
GESTANTE ()	TRIMESTRE DE GESTAÇÃO: 1º TRIMESTRE ()
PUÉRPERA ()	2º TRIMESTRE ()
CRIANÇA ()	3º TRIMESTRE ()
OUTRO ()	QUAL?
NOME DO IMUNIZANTE	
MOTIVO DA DESISTÊNCIA OU RECUSA	

Na presente data ____/____/____ declaro estar ciente dos benefícios e efeitos colaterais, assim como dos riscos a que estarei exposto por esta RECUSA ou DESISTÊNCIA da(s) vacina(s).

Afirmo que fui orientado (a) por este serviço a realizar a imunização por pertencer ao grupo prioritário para receber o imunizante, sendo que por minha responsabilidade estou deixando de ser imunizado. Desta forma, isento este serviço, bem como o órgão de lotação de quaisquer problemas que a falta de imunização possa vir a trazer para minha saúde.

DATA: ____/____/____ HORA: ____:____

Assinatura do(a) Paciente

Assinatura da ACS (se vista domiciliar)

Eu, Enfª/Téc de Enf _____, COREN _____ declaro que coletei o consentimento, informando previamente os riscos e esclarecendo dúvidas ao paciente/responsável.

Assinatura do (a) Profissional