

	FORMULÁRIO	<i>MUNICÍPIO DE QUATRO PONTES</i> <i>SECRETARIA DE SAÚDE DE SAÚDE</i>
	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