

Termo de Responsabilidade de Imunização

DADOS PESSOAIS

Nome

CPF

VACINAS		MOTIVO DA NÃO COMPROVAÇÃO
Influenza	Sim Não	Sou vacinado(a), mas não tenho comprovante Sou alérgico(a) aos componentes da vacina Outro
Tríplice Viral	Sim Não	Sou vacinado(a), mas não tenho comprovante Sou alérgico(a) aos componentes da vacina Outro
Hepatite B (ou anti HBsAg)	Sim Não	Sou vacinado(a), mas não tenho comprovante Sou alérgico(a) aos componentes da vacina Outro
Tétano	Sim Não	Sou vacinado(a), mas não tenho comprovante Sou alérgico(a) aos componentes da vacina Outro
Coronavírus	Sim Não	Sou vacinado(a), mas não tenho comprovante Sou alérgico(a) aos componentes da vacina Outro
Outras		

Declaro ter ciência com relação à obrigatoriedade da vacinação contra **Hepatite B, Influenza e Coronavírus** para que eu possa desenvolver minhas atividades laborativas nesta empresa, conforme NR-32. Este processo faz parte dos **Protocolos Institucionais de Cuidado e Segurança do Paciente**, além dos benefícios provindos desta medida preventiva, assim como dos seus prováveis efeitos adversos. Em caso de vacinação, porém, sem meios de confirmação documental/sorológica, a orientação é pela revacinação. Tenho ciência de que este ato pode levar à contaminação e disseminação das doenças em questão para pacientes e equipe de saúde da Unidade e, por isso, responsabilizo-me sobre as possíveis consequências.

Afirmo que fui orientado(a) a seguir todos os protocolos instituídos na Rede D'Or São Luiz para controle de infecção e a utilizar os equipamentos de proteção individual fornecidos a mim pela instituição.

Data / /

Assinatura