

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO INFORMADO

ADMINISTRAÇÃO DE VACINA CONTRA A COVID-19

PRIORIDADE 1 – UTENTES DE LARES

Ao *UTENTE* (ou o seu *REPRESENTANTE*):

Por favor, leia com atenção todo o conteúdo deste documento. Não hesite em solicitar mais informações ao profissional de saúde se não estiver completamente esclarecido.

Verifique se todas as informações constantes do documento estão correctas. Se entender que as informações prestadas correspondem à verdade e se estiver de acordo com a proposta de vacinação que lhe é feita, por favor assine este documento.

Declaro ter compreendido os objectivos de quanto me foi proposto e explicado pelo profissional de saúde responsável pela administração da vacina.

Declaro igualmente que me foi dada oportunidade para fazer todas as perguntas sobre o assunto e que para todas elas obtive resposta esclarecedora.

Mais declaro ter-me sido garantido que não haverá prejuízo para os meus direitos assistenciais (ou direitos assistenciais do meu representado) se eu recusar esta proposta de vacinação, e ter-me sido dado tempo suficiente para reflectir sobre tal proposta.

Autorizo o acto indicado, bem como os procedimentos directamente relacionados que sejam necessários no meu próprio interesse (no interesse do meu representado) e justificados por razões clínicas fundamentadas.

Localidade: _____ **Data:** __/__/____

Nome: _____

Assinatura: _____

Se não for o utente a assinar:

Nome do representante: _____

N.º de identificação civil: _____

Morada: _____