

Vacinação para profissionais da área da saúde, incluindo estudantes (graduação e pós-graduação), residentes, aprimorandos e estagiários

Termo de Informação e Responsabilidade

Por este termo, eu, abaixo assinado, após receber informações e orientações a respeito dos riscos de aquisição e transmissão de doenças transmissíveis durante as minhas atividades na área de saúde declaro estar ciente da possibilidade de prevenção destas doenças através da realização de vacinas específicas e da monitorização através do teste tuberculínico (Mantoux). Caso não realize as vacinas, o teste tuberculínico e o controle sorológico após as três doses da vacina para hepatite B, oferecidos gratuitamente pela Universidade Estadual de Campinas, assumo a responsabilidade de realizá-los em outra Instituição, Clínica ou Unidade Básica de Saúde, e comprovar a realização dos mesmos. No caso de não adesão às recomendações preconizadas para as imunizações, controle sorológico para hepatite B e realização do teste tuberculínico inicial e de seguimento (se inferior à 10mm no teste inicial), responsabilizo-me por todos os riscos a que ficarei exposto, isentando a Universidade Estadual de Campinas de qualquer responsabilidade em eventual contaminação posterior.

Local e data: _____

Nome: _____

Assinatura: _____

Nome do responsável (se menor de idade): _____

Assinatura do responsável (se menor de idade): _____