

## Termo de Responsabilidade de Recusa da Vacinação

---

Eu, \_\_\_\_\_, portadora do RG \_\_\_\_\_, residente na \_\_\_\_\_, Doula, no perfeito uso de minhas faculdades físicas e mentais, responsabilizo-me pela **RECUSA** em tomar a **VACINA**:

- Gripe
- Hepatite B
- Dupla Adulto (Difteria e Tétano)
- Tríplice Viral (Caxumba; Sarampo e Rubéola)

Motivo da **RECUSA**:

- Sou vacinado(a), não tenho comprovante
- Sou alérgico aos componentes da vacina
- Estou ciente do resultado reagente para Anti – Hbs
- Outros: \_\_\_\_\_

Recebi as informações a respeito da importância da vacinação e assumo integralmente todos e quaisquer riscos decorrentes de minha decisão. Fui informada também que poderei procurar o Setor de Relacionamento do Hospital Sepaco caso eu mude minha decisão.

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Doula.