

Isenção à administração de vacinas contra hepatite B

Solicito que a administração da vacina contra a hepatite B recomendada para ser administrada até 24 horas de idade não seja realizada em _____ antes da alta do Mount Auburn Hospital.

Desde a introdução da vacina contra hepatite B em 1982, houve uma diminuição de 90% nas novas infecções por hepatite B. Apesar desse esforço de vacinação, aproximadamente 1.000 recém-nascidos contraem hepatite B a cada ano. Pesquisas mostram que a vacinação de um recém-nascido dentro de 24 horas praticamente eliminam a transferência do vírus da hepatite B da mãe para o bebê. Por esse motivo, o Comitê Consultivo para Práticas de Imunização dos Centros de Controle e Prevenção de Doenças (ACIP) e a Academia Americana de Pediatria (AAP) recomendam que todos os recém-nascidos com peso de nascimento superior a 2000 gramas recebam a vacina contra hepatite B antes de 24 horas de idade.

Recebi a Declaração de Informações sobre Vacinas do CDC para a vacina contra hepatite B e entendo que a hepatite B é uma doença viral grave que causa lesão no fígado. Uma vez que a infecção pela hepatite B é adquirida pelo recém-nascido, ela pode causar uma doença aguda ou levar a uma doença crônica ao longo da vida, potencialmente resultando em insuficiência hepática. A infecção crônica pela hepatite B resulta na morte de 1 em cada 4 recém-nascidos ao longo de suas vidas.

Por meio deste, isento o Mount Auburn Hospital, seus funcionários, equipe, médicos, executivos, diretores e agentes da responsabilidade por qualquer dano e outras consequências relacionadas à minha recusa em administrar a vacina contra a hepatite B para meu bebê. Concordo e aceito a responsabilidade de informar ao pediatra e a outros profissionais de saúde de que meu bebê não recebeu a vacina contra hepatite B.

Ao assinar abaixo, reconheço que li este documento na íntegra, tive a oportunidade de fazer perguntas e compreendê-lo completamente.

No entanto, neste momento, decidi recusar ou adiar a vacina contra a hepatite B para o meu recém-nascido. Sei que o não cumprimento da recomendação do ACIP do CDC e da AAP pode comprometer a saúde e a vida do meu bebê.

Assinatura do pai/mãe/pessoa autorizada:

Pai/mãe (ou pessoa autorizada a assinar pelo paciente) Nome legível Data _____ AM/PM

Testemunha da assinatura dos pais ou da pessoa autorizada:

Assinatura da testemunha D RN D MD Nome legível D RN D MD Data _____ AM/PM