

## **Consentimiento informado de la petición de vacunación con segunda dosis de Vaxzevria, de AstraZeneca, en personas menores de sesenta años que han sido vacunadas con primera dosis de Vaxzevria.**

La Comisión Europea, tras la evaluación realizada por la Agencia Europea de Medicamentos, acredita la seguridad y eficacia de las vacunas frente al Covid-19 actualmente autorizadas en España. Los efectos adversos más frecuentes son asimilables a los de las vacunas utilizadas habitualmente. Por ello, la vacunación supone, según la evidencia científica actual, una actuación sanitaria beneficiosa tanto para la persona que la recibe como para la sociedad en su conjunto.

En las últimas semanas se han notificado algunos eventos adversos consistentes en trombosis de grandes vasos, a nivel cerebral y abdominal (síndrome de trombosis con trombocitopenia) que si bien, son muy infrecuentes, se consideran graves. Tales eventos parecen incrementarse a medida que disminuye la edad, siendo más frecuentes por debajo de los 60 años, y, sobre los mismos, existe aún algo de incertidumbre, estando en marcha varios estudios para analizar en mayor profundidad porqué tienen lugar. Para minimizar el riesgo de trombosis con trombocitopenia, en España se restringió el uso de la vacuna de Vaxzevria, de AstraZeneca, para las personas de 60 y más años a partir del 8 de abril.

La Comisión de Salud Pública del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud acordó el 18 de mayo que las personas menores de 60 años que fueron vacunadas con la primera dosis de Vaxzevria, se vacunen con Comirnaty, de Pfizer/BioNTech, como segunda dosis, para completar la vacunación. Esto obedece a los datos recientes sobre la seguridad y respuesta inmune observada con esta pauta de vacunación.

Siendo conocedor de todo ello, y habiéndome vacunado con una primera dosis de Vaxzevria, mediante el presente documento de CONSENTIMIENTO INFORMADO, MANIFIESTO DE MANERA EXPRESA Y ESCRITA:

### **MI PETICIÓN DE SER VACUNADO CON UNA SEGUNDA DOSIS DE VAXZEVRIA, DE ASTRAZENECA**

D./Dña. \_\_\_\_\_, con DNI/NIE \_\_\_\_\_

doy la autorización para mi vacunación frente a COVID-19.

Lugar

Fecha (dd/mm/aaaa) Firma

En caso de incapacidad será necesario el consentimiento del representante legal.

**Protección de datos personales** El tratamiento de los datos personales se realizará de conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento y el Consejo de 27 de abril de 2016 relativo a la protección de las personas físicas en lo que respecta al tratamiento de sus datos personales y la libre circulación de éstos, la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de datos personales y garantía de los derechos digitales y la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, Básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica.

**Responsable de tratamiento:** Servicio Aragonés de Salud. **Finalidad:** Registro vacunal Covid-19.

**Derechos:** Puede ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, así como de limitación y oposición a su tratamiento, ante el Servicio Aragonés de Salud, situado en Plaza de la Convivencia 2, 50017 Zaragoza, pudiendo obtener información al respecto dirigiendo un correo electrónico a la dirección [dpd@salud.aragon.es](mailto:dpd@salud.aragon.es).