

Đơn Chấp Thuận Chủng Ngừa Thuốc Pfizer-BioNTech Cho Người Dưới 18 Tuổi



Phần 1: Thông tin về việc trẻ được chủng ngừa thuốc Pfizer-BioNTech (vui lòng in ra):

Tên của con (Họ, Tên, Tên lót)

Ngày sinh
(tháng/ngày/năm)

Tuổi

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu
bang

Mã vùng (Zipcode)

Số điện thoại

Phần 2: Thông tin về rủi ro và lợi ích của thuốc Pfizer-BioNTech

Thuốc Pfizer-BioNTech có thể ngăn chặn người được chủng ngừa bị nhiễm COVID-19. Không có vắc-xin ngừa COVID-19 nào được Cơ quan Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt. Tuy nhiên, FDA đã cho phép sử dụng thuốc Pfizer-BioNTech khẩn cấp để ngăn ngừa COVID-19 cho những người từ 16 tuổi trở lên theo Giấy phép Sử dụng Khẩn cấp (EUA). Thuốc Pfizer-BioNTech sẽ được tiêm 2 liều vào cơ, cách nhau 3 tuần.

Thuốc Pfizer-BioNTech có thể không bảo vệ được cho tất cả mọi người. Các tác dụng phụ từ thuốc Pfizer-BioNTech đã được báo cáo gồm có bị đau nhức tại nơi tiêm, mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ, ớn lạnh, đau khớp, sốt, sưng chỗ tiêm, sưng đỏ, buồn nôn, cảm thấy không khỏe và sưng hạch bạch cầu. Thuốc Pfizer-BioNTech rất hiếm khi gây ra dị ứng nghiêm trọng. Dị ứng nghiêm trọng thường xảy ra trong vòng vài phút đến một giờ sau khi tiêm một liều thuốc Pfizer-BioNTech. Vì lý do này, bên cung cấp dịch vụ chủng ngừa có thể yêu cầu người được chủng ngừa ở tại

Đơn Chấp Thuận Chủng Ngừa Thuốc Pfizer-BioNTech Cho Người Dưới 18 Tuổi



chỗ để theo dõi sau khi tiêm ngừa. Các dấu hiệu bị dị ứng nghiêm trọng có thể bị khó thở, sưng mặt và cổ họng, tim đập nhanh và/hoặc phát ban nặng khắp cơ thể.

"Tờ thông tin cho người được chủng ngừa và người chăm sóc" của vắc-xin Pfizer-BioNTech có sẵn tại <https://www.fda.gov/media/144414/download>.

Phần 3: Đồng ý

ĐỒNG Ý CHO TRẺ EM ĐƯỢC CHỦNG NGỪA: Tôi đã xem xét thông tin về rủi ro và lợi ích của thuốc Pfizer-BioNTech trong **Phần 2** ở trên và hiểu rõ rủi ro và lợi ích. Khi cung cấp sự đồng ý của tôi dưới đây, tôi đồng ý rằng:

1. Tôi đã xem xét mẫu đơn chấp thuận này và tôi hiểu rằng "Tờ thông tin cho Người nhận và Người chăm sóc" gồm có thông tin chi tiết hơn về những rủi ro tiềm ẩn và lợi ích của thuốc chủng ngừa Pfizer-BioNTech.
2. Tôi có quyền hợp pháp để chấp thuận cho trẻ có tên ở trên được chủng ngừa thuốc Pfizer-BioNTech.
3. Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải đi cùng trẻ có tên ở trên đến buổi hẹn chủng ngừa và với sự đồng ý của tôi dưới đây, trẻ sẽ nhận được chủng ngừa thuốc Pfizer-BioNTech dù tôi có mặt tại buổi hẹn hay không.
4. Nếu tôi có bảo hiểm y tế chi trả cho trẻ có tên ở trên, tôi cho phép công ty bảo hiểm của tôi trả chi phí chủng ngừa thuốc Pfizer-BioNTech. Chính phủ đang trả tiền phí của vắc-xin Pfizer-BioNTech và tôi sẽ không bị tính phí của thuốc đó trong phần phí chủng ngừa của mình.
5. Tôi hiểu rằng theo yêu cầu của luật tiểu bang, tất cả các đợt chủng ngừa sẽ được báo cáo vào Hệ thống Thông tin Chủng Ngừa của Bộ Y tế Công cộng Massachusetts (MIIS). Tôi có thể xem Tờ thông tin MIIS cho Phụ huynh và Bệnh nhân, tại trang web: www.mass.gov/dph/miis để biết thông tin về MIIS và phải làm gì nếu tôi phản đối việc chia sẻ dữ liệu của tôi hoặc gia đình của tôi với các nhà cung cấp khác trong MIIS.

TÔI ĐỒNG Ý cho trẻ có tên ở phần đầu của đơn đi chủng ngừa thuốc Pfizer-BioNTech và đã xem xét và đồng ý với thông tin có trong **Phần 3** của đơn này. (Nếu đơn chấp thuận này không có chữ ký, ngày/tháng/năm và không nộp lại, trẻ sẽ không được chủng ngừa.)

Chữ ký của người đại diện được ủy quyền hợp pháp

Ngày/tháng/năm