



Formular për Miratimin e Vaksinës COVID-19 për Personat e Moshës

Seksioni 1: Informacion rreth fëmijës që do të bëjë vaksinën Pfizer COVID-19 (ju lutemi shkruani me germa shtypi):

Emri i fëmijës (Mbiemri, Emri, Emri i mesit)

Datëlindja
(mm/dd/yyyy)

Mosha

Adresa e shtëpisë

Qyteti

Shteti

Zip (kodi postar)

Numri i telefonit

Seksioni 2: Informacion rreth vaksinës Pfizer

Fëmijës tuaj i ofrohet vaksina COVID-19 e prodhuar nga Pfizer-BioNTech. Vaksina Pfizer-BioNTech COVID-19 është miratuar nga Administrata Amerikane e Ushqimit dhe Barnave (FDA) për njerëzit mbi 16 vjeç, nën emrin e markës Comirnaty. FDA ka lëshuar edhe një Autorizim për Përdorim Emergjent të vaksinës së COVID-19 të Pfizer-BioNTech: (i) për vaksinimin e serisë së parë të moshave nga 5 vjeç e lart, (ii) si një dozë e vetme përforcuese të paktën 5 muaj pas kryerjes së serisë së parë për personat 12 vjeç e lart; dhe, (iii) të një doze të serisë së tretë primare të vaksinës të paktën 28 ditë pas dozës së dytë për personat me imunitet të kompromentuar të moshës 5 vjeç e lart. Vaksina Pfizer- BioNTech COVID-19 dhe Comirnaty administrohen me dy doza, 3 javë nga njëra tjetra, që injektohen në muskul.

Ofruesi i vaksinës do të ketë nevojë për informacionin shëndetësor të fëmijës tuaj përpara se të bëjë vaksinën. Këto pyetje i gjeni këtu www.mass.gov/CDCScreeningForm.

Vaksina mund të mos i mbrojë të gjithë nga sëmundja e COVID-19. Disa njerëz mund të kenë efekte anësore pas marrjes së vaksinës. Efektet anësore që janë raportuar përfshijnë dhimbje në vendin ku bëhet vaksina, lodhje, dhimbje koke, dhimbje muskujsh, ethe, dhimbje të kyçeve, temperaturë, ënjtje të vendit të injektimit, skuqje të vendit të injektimit, të përziera, ndjehesh i/e pamundur, si dhe ënjtje të gjëndrave limfatike. Ka shumë pak

¹Për këtë vaksinë, "me imunitet të kompromentuar" përfshin individët të cilët kanë bërë transplant organesh ose janë diagnostikuar me gjendje shëndetësore që konsiderohen të një niveli të njëjtë me kompromentimin e sistemit imun.



Formular për Miratimin e Vaksinës COVID-19 për Personat e Moshës

gjasa që vaksina të shkaktojë reaksion alergjik të fortë. Reaksioni alergjik i fortë zakonisht ndodh brenda pak minutave deri një orë pas marrjes së dozës së vaksinës. Për këtë arsye, ofruesi i vaksinës mund t'i kërkojë personit që bën vaksinën të qëndrojë në qendrën e vaksinimit për tu monitoruar pas vaksinimit. Shenjat e reaksionit alergjik të fortë mund të përfshijnë vështirësi në frymëmarrje, ënjtje të fytyrës dhe fytit, rrahje të shpeshta të zemrës dhe/ose urtikarie në të gjithë trupin.

Informacion shtesë për për vaksinën Pfizer-BioNTech COVID-19 e gjeni në "Faqja faktike për marrësit dhe kujdestarët" ("Fact Sheet for Recipients and Caregivers") në:

- [Recipients and Caregivers 5-11 years of age \(fda.gov\)](#)
- [Recipients and Caregivers 12 years of age and older \(fda.gov\)](#)

Seksioni 3: Miratimi

MIRATIM PËR VAKSINIMIN E TË MITURIT/ËS: Unë e kam parë informacionin për vaksinat për COVID-19 Pfizer-BioNTech dhe Comirnaty në **Seksionin 2** më sipër dhe i kuptoj si rreziqet ashtu dhe të mirat. Duke dhënë miratimin tim, unë jam dakord që:

1. E kam parë këtë formular miratimi dhe e kuptoj se "Faqja faktike për marrësit dhe kujdestarët" përfshin informacion më të hollësishëm rreth rreziqeve të mundshme dhe të mirave të vaksinave për COVID-19 të Pfizer-BioNTech dhe Comirnaty.
2. Unë kam autoritetin ligjor për të miratuar vaksinimin e fëmijës të përmendur më sipër me vaksinën për COVID-19 të Pfizer-BioNTech ose Comirnaty.
3. Unë e kuptoj se nuk është e detyrueshme të shoqëroj fëmijën e lartpërmendur në takimin për vaksinën dhe se duke dhënë miratimin tim më poshtë, fëmija do të bëjë vaksinën për COVID-19 të Pfizer-BioNTech ose Comirnaty edhe po të mos jem unë në takimin për vaksinën.
4. Në se kam sigurimin shëndetësor që mbulon fëmijën e lartpërmendur, jap leje që kompania e sigurimit të faturohet për koston e administrimit të vaksinës COVID-19 të Pfizer Comirnaty. Qeveria paguan për vaksinën Pfizer Comirnaty COVID-19 dhe unë nuk do të faturohem për atë pjesë të koston së imunizimit.
5. E kuptoj që ligji shtetëror kërkon që të gjitha imunizimet të raportohen në Sistemin e Informacionit të Departamentit të Shëndetit Publik të Masaçusetsit (Department of Public Health Massachusetts Immunization Information System (MIIS)). Unë mund ta gjej Faqen Faktike për Prindërit dhe Pacientët MIIS (Fact Sheet for Parents and Patients) në www.mass.gov/dph/miis, për informacion rreth MIIS dhe çfarë duhet të bëj në se nuk jam dakord që të dhënat e familjes sime të ndahen me ofruesit e tjerë në MIIS.

UNË JAP MIRATIMIN që fëmija, emri i të cilit përmendet në krye të këtij formulari, të vaksinohet me vaksinat e COVID-19 të Pfizer-BioNTech ose Comirnaty, e kam parë dhe jam dakord me informacionin e përfshirë në **Seksionin 3** të këtij formulari. (Në se miratimi nuk është nënshkruar, fëmija nuk do të vaksinohet).

Firma e Përfaqësuesit të Autorizuar Ligjërishit

Data