



# نموذج الموافقة على لقاح كوفيد-19 للأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 5 أعوام و 17 عامًا

القسم 1: معلومات حول الطفل الذي سيتلقى لقاح فايزر المضاد لكوفيد-19 (يرجى الكتابة بأحرف واضحة):

العمر	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	اسم الطفل (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
عنوان الشارع		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة
رقم الهاتف		

## القسم الثاني: معلومات حول لقاح فايزر

يُقدم إلى طفلك لقاح ضد كوفيد-19 من شركة فايزر-بيوتتك. حصل لقاح فايزر-بيوتتك المضاد لكوفيد-19 على موافقة إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) للأشخاص الذين تزيد أعمارهم عن 16 عامًا، بالاسم التجاري كوميرناتي (Comirnaty). كذلك أصدرت إدارة الغذاء والدواء الأمريكية تويلاً للاستخدام في حالات الطوارئ للقاح فايزر-بيوتتك المضاد لكوفيد-19 : (1) للسلسلة الأولية من اللقاح في الأشخاص الذين تبلغ أعمارهم 5 أعوام فما فوق، (2) كجرعة معززة واحدة على الأقل بعد 5 أشهر من إكمال السلسلة الأولية للأفراد الذين تبلغ أعمارهم 12 عامًا فما فوق؛ و، (3) كجرعة ثالثة في السلسلة الأولية من اللقاح بعد 28 يومًا على الأقل من الجرعة الثانية للأفراد ممن يعانون من نقص المناعة الذين تبلغ أعمارهم 5 أعوام فما فوق. يتم إعطاء كل من لقاح فايزر-بيوتتك المضاد لكوفيد-19 وكوميرناتي كسلسلة من جرعتين، بفاصل 3 أسابيع، في العضل.

سيحتاج مقدم اللقاح إلى معلومات معينة حول التاريخ الطبي لطفلك قبل إعطاء اللقاح. تتوفر هنا هذه الأسئلة [www.mass.gov/CDCScreeningForm](http://www.mass.gov/CDCScreeningForm).

قد لا يحمي اللقاح جميع الأشخاص من مرض كوفيد-19. قد يعاني بعض الأشخاص من آثار جانبية بعد الحصول على اللقاح. تشمل الآثار الجانبية التي تم الإبلاغ عنها الألم في موضع الحقن والتعب والصداع وآلام العضلات والقشعريرة وآلام المفاصل والحمى وتورم موضع الحقن واحمرار موضع الحقن والغثيان والشعور بالتوعك وتورم العقد الليمفاوية. هناك احتمالية ضئيلة لأن يتسبب اللقاح في رد فعل تحسسي شديد. عادةً ما يحدث رد الفعل التحسسي الشديد في غضون دقائق إلى ساعة واحدة من تلقي جرعة من اللقاح. لهذا السبب، قد يطلب

<sup>1</sup> بالنسبة لهذا اللقاح، يشمل مصطلح "نقص المناعة" الأفراد الذين خضعوا لعملية زرع أعضاء صلبة أو الذين تم تشخيصهم بحالات يُعتقد أنها تسبب المستوى نفسه من نقص المناعة.



# نموذج الموافقة على لقاح كوفيد-19 للأفراد الذين تتراوح أعمارهم ما بين 5 أعوام و 17 عامًا

مُقدم اللقاح من المتلقي المكوث في المكان الذي تلقى فيه اللقاح ليخضع للمراقبة بعد التلقي. قد تتضمن علامات رد الفعل التحسسي الشديد صعوبة في التنفس وتورم الوجه والحلق وتسارع ضربات القلب و/أو طفحًا جلديًا شديدًا في جميع أنحاء الجسم.

تتوفر معلومات إضافية في "صحيفة حقائق للمتلقين ومقدمي الرعاية" للقاح فايزر-بيونتك المضاد لكوفيد-19 على

- [معلومات للمتلقين ومقدمي الرعاية بشأن الاستخدام مع من تتراوح أعمارهم بين 5 أعوام و 11 عامًا \(fda.gov\)](https://www.fda.gov)
- [معلومات للمتلقين ومقدمي الرعاية بشأن الاستخدام مع من تبلغ أعمارهم 12 عامًا فما فوق \(fda.gov\)](https://www.fda.gov)

## القسم 3: الموافقة

- الموافقة على تلقي القصر للقاح:** لقد راجعت المعلومات المقدمة حول لقاحي فايزر-بيونتك وكوميرناتي المضادين لكوفيد-19 في القسم 2 أعلاه وأفهم المخاطر والفوائد. بتقديم موافقتي أدناه، أقر بأنني:
1. قد راجعت نموذج الموافقة هذا وأدرك أن "صحيفة حقائق المتلقين ومقدمي الرعاية" تتضمن معلومات أكثر تفصيلاً عن المخاطر والفوائد المحتملة للقاحي فايزر-بيونتك وكوميرناتي المضادين لكوفيد-19.
  2. أمتلك السلطة القانونية للموافقة على تلقي الطفل المذكور اسمه أعلاه للقاح فايزر-بيونتك أو كوميرناتي المضاد لكوفيد-19.
  3. أعلم أنني لست مطالبًا بمرافقة الطفل المذكور اسمه أعلاه في موعد تلقي اللقاح، وأنه بمنح موافقتي أدناه، سيتلقى الطفل لقاح فايزر-بيونتك أو كوميرناتي المضاد لكوفيد-19 سواء كنت موجودًا خلال موعد تلقي اللقاح أم لا.
  4. إذا كان لدي تأمين صحي يغطي الطفل المذكور اسمه أعلاه، فإنني أمنح الإذن لشركة التأمين الخاصة بي بتكفل مصاريف إعطاء لقاح فايزر كوميرناتي المضاد لكوفيد-19. تدفع الحكومة مقابل لقاح فايزر كوميرناتي المضاد لكوفيد-19 بنفسها، ولن تتم مطالبتني بسداد ذلك الجزء من تكلفة تحصيلي.
  5. أفهم أنه بموجب قانون الولاية، سيتم الإبلاغ عن جميع التحصينات لنظام معلومات التحصين في ماساتشوستس التابع لإدارة الصحة العامة (MIIS). يمكنني الوصول إلى "صحيفة حقائق لأولياء الأمور والمرضى" المقدمة من MIIS على [www.mass.gov/dph/miis](http://www.mass.gov/dph/miis) للحصول على معلومات عن MIIS وما الذي يجب القيام به إذا كنت أعترض على مشاركة بياناتي أو بيانات أسرتي مع مقدمي الرعاية الآخرين في MIIS.

**أمنح موافقتي على تلقي الطفل المذكور اسمه في الجزء العلوي من هذا النموذج لقاح فايزر-بيونتك أو كوميرناتي المضاد لكوفيد-19 وراجعت المعلومات المتضمنة في القسم 3 من هذا النموذج وأوافق عليها.** (إذا لم توقع هذه الموافقة، ويدون التاريخ عليها وتُعاد إلينا، فلن يتلقى الطفل اللقاح).