

5-17岁个人接种新冠病毒疫苗同意书



第1节:有关接种辉瑞 (Pfizer) 新冠病毒疫苗儿童的信息 (请用大写字母填写):

儿童姓名 (姓、名、中间名首字母)

出生日期
(月/日/年)

年龄

街道地址

城市

州

邮政编码

电话号码

第2节:有关辉瑞疫苗的信息

向您的孩子提供由辉瑞-生物新技术公司 (Pfizer-BioNTech) 制造的新冠病毒疫苗。辉瑞-生物新技术公司的新冠病毒疫苗获得了美国食品与药物管理局 (FDA) 的批准, 适用于16岁以上的人群, 商品名为Comirnaty。FDA还发布了有关辉瑞-生物新技术公司新冠病毒疫苗的下列紧急使用授权:(i) 用于5岁及以上人的初级系列疫苗接种;(ii) 用作12岁及以上人的单次加强剂量, 在初级系列疫苗接种至少5个月后使用;(iii) 用作5岁及以上免疫功能受损的人的第三剂初级系列疫苗, 在第二剂疫苗接种至少28天后使用。辉瑞-生物新技术公司新冠病毒疫苗和Comirnaty均为两剂系列(间隔三周)肌内注射疫苗。

在接种疫苗之前, 疫苗提供者将需要有关您的孩子病史的某些信息。请在此处查看这些问题:
www.mass.gov/CDCScreeningForm。

该疫苗可能无法保护每个人免患新冠病毒病。有些人在接种疫苗后会出现副作用。已报告的副作用包括:注射部位疼痛、疲倦、头痛、肌肉痛、寒颤、关节痛、发烧、注射部位肿胀、注射部位红肿、恶心、感觉不适和淋巴结肿大。疫苗可能造成严重过敏反应的机率极小。严重过敏反应通常发生在注射一剂疫苗后几分钟至一小时内。因此, 疫苗接种提供者可能会要求疫苗接

¹就该疫苗而言,“免疫功能受损”人群包括接受过实体器官移植或经诊断患有免疫功能受损等同病症的个人。

5-17岁个人接种新冠病毒疫苗同意书



种者接种疫苗后在接种疫苗的地点停留一段时间,接受监控。严重过敏反应的迹象包括呼吸困难、面部和喉咙肿胀、心跳加快和/或全身严重皮疹。

可在以下网站查阅辉瑞-生物新技术公司新冠病毒疫苗“接种者和照料者情况说明书”：

- [5-11岁接种者和照料者 \(fda.gov\)](https://www.fda.gov/vaccines-radiation/immunization/covid-19/5-11-year-olds)
- [12岁及以上接种者和照料者 \(fda.gov\)](https://www.fda.gov/vaccines-radiation/immunization/covid-19/12-years-old)

第3节:同意书

未成年人接种疫苗同意书:我已经审阅以上第2节中有关辉瑞-生物新技术公司和Comirnaty新冠病毒疫苗的信息,我理解这些风险和益处。我在下方的同意意见表示:

1. 我已经审阅本同意书,我理解“接种者和照料者情况说明书”包括有关辉瑞-生物新技术公司和Comirnaty新冠病毒疫苗潜在风险和益处的更详细信息。
2. 我有法定权限同意让上述儿童接种辉瑞-生物新技术公司或Comirnaty新冠病毒疫苗。
3. 我理解我无须陪同上述儿童前往疫苗接种预约地点,我在下方的同意意见表示,无论我是否前往疫苗接种预约地点,该儿童都将接种辉瑞-生物新技术公司或Comirnaty新冠病毒疫苗。
4. 如果我有为上述儿童提供承保的医疗保险,我许可向我的保险公司收取辉瑞Comirnaty新冠病毒疫苗接种费。政府为辉瑞Comirnaty新冠病毒疫苗本身付费,不会因为我接种疫苗向我收取这部分费用。
5. 我理解,州法规定,所有的免疫接种均须向公共卫生部马萨诸塞州免疫接种信息系统(MIIS)报告。我可以在网站www.mass.gov/dph/miis查阅MIIS家长和患者情况说明书,了解有关MIIS的信息,以及如果我不同意将我或我的家人的数据与MIIS中的其他服务提供者分享应当采取的措施。

我同意本表上方所列姓名的儿童接种辉瑞-生物新技术公司或Comirnaty新冠病毒疫苗,我已经审阅并同意本表**第3节**中包括的信息。(如果未在本表中签名、填写日期、并送回本表,则不会为该儿童接种疫苗。)

获得法律授权代表签名

日期