

Formulaire de consentement pour le vaccin contre la COVID-19 pour les enfants âgés de 5 à 17 ans



Section 1 : Informations sur l'enfant qui doit recevoir le vaccin Pfizer contre la COVID-19 (*en caractères d'imprimerie*) :

Nom de l'enfant (Nom, Prénom, IM)

Date de naissance
(mm/jj/aaaa)

Âge

Adresse

Ville

État

Code postal

Numéro de téléphone

Section 2 : Informations sur le vaccin Pfizer

Pfizer-BioNTech offre à votre enfant un vaccin contre la COVID-19. Le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 est approuvé par le (FDA) Food and Drug Administration des Etats-Unis pour les personnes de plus de 16 ans, sous la marque Comirnaty. La FDA a également émis une autorisation d'utilisation d'urgence pour le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 : (i) Comme première dose de vaccination pour les personnes de 5 ans et plus, (ii) sous forme de dose de rappel unique au moins 5 mois après la fin de la première série chez les personnes de 12 ans et plus ; à titre de troisième dose primaire du vaccin au moins 28 jours après la deuxième dose chez les sujets immunodéprimés âgés de 5 ans et plus. Le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 et le vaccin Comirnaty sont tous deux administrés sous forme de série de deux doses, à trois semaines d'intervalle, dans le muscle.

Avant que votre enfant soit vacciné, il vous sera demandé certain renseignements au sujet de ses antécédents médicaux. Vous pourrez prendre connaissance de ces questions sur le site www.mass.gov/CDCScreeningForm.

Il est possible que le vaccin ne puisse pas protéger toutes les personnes vaccinées contre la maladie de la COVID-19 et certaines personnes pourraient ressentir des effets secondaires. Parmi les effets secondaires signalés : douleur au point d'injection, fatigue, maux de tête, douleurs musculaires, frissons, douleurs articulaires, fièvre, inflammation ou rougeur au point d'injection, nausées, sensation de malaise et inflammation des ganglions lymphatiques. Il existe une faible probabilité que le vaccin provoque une réaction allergique grave. En général, une réaction allergique grave surviendrait quelques minutes

1Pour ce vaccin, «Immunodéprimé» comprend les personnes qui ont subi une greffe d'organe solide ou qui ont reçu un diagnostic de troubles considérés comme ayant un niveau équivalent d'immunocompromission.

Formulaire de consentement pour le vaccin contre la COVID-19 pour les enfants âgés de 5 à 17 ans



à une heure après l'administration d'une dose de vaccin. C'est la raison pour laquelle le prestataire de vaccination pourra demander à la personne recevant le vaccin de demeurer sur le site sous surveillance après la vaccination. Les signes de réactions allergiques graves peuvent inclure : difficultés respiratoires, enflure au visage et à la gorge, accélération du rythme cardiaque et/ou forte éruption cutanée sur tout le corps.

La « Fiche d'information pour les bénéficiaires et les aidants » du vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 est disponible à :

- [Bénéficiaires et aidants, 5 à 11 ans \(fda.gov\)](#)
- [Bénéficiaires et aidants, 12 ans et plus \(fda.gov\)](#)

Section 3 : Consentement

CONSENTEMENT À LA VACCINATION D'UN MINEUR : J'ai pris connaissance des informations concernant les vaccins Pfizer- BioNTech et Comirnaty COVID-19 présentés à la **Section 2** ci-dessus, et j'en comprends les risques et les avantages. En donnant mon consentement ci-dessous, je conviens que :

1. J'ai pris connaissance du formulaire de consentement et je comprends que la « Fiche d'information pour les bénéficiaires et les aidants » contient des informations plus détaillées sur les risques et les avantages potentiels des vaccins Pfizer-BioNTech et Comirnaty.
2. Je détiens l'autorité légale pour consentir à ce que l'enfant désigné ci-dessus reçoive le vaccin Pfizer-BioNTech ou le vaccin Comirnaty contre la COVID-19.
3. Je comprends qu'il n'est pas obligatoire que j'accompagne cet enfant à son rendez-vous de vaccination et qu'en vertu de mon consentement ci-dessous l'enfant recevra le vaccin Pfizer-BioNTech ou Comirnaty contre la COVID-19 que je sois présent(e) ou non au rendez-vous de vaccination.
4. Si cet enfant bénéficie d'une couverture dans le cadre de mon assurance maladie, j'autorise la facturation des coûts d'administration du vaccin Pfizer Comirnaty contre la COVID-19 à ma compagnie d'assurance. L'État assumant le coût du vaccin Pfizer Comirnaty contre la COVID-19, cet élément du coût de l'immunisation ne me sera pas facturé.
5. Je conviens qu'aux termes de la loi de l'État le *Massachusetts Immunization Information System* (MIIS) du *Department of Public Health* sera informé de toutes les vaccinations effectuées. Je peux accéder à la fiche d'information du MIIS destinée aux Parents et aux patients : www.mass.gov/dph/miis, Cette fiche présente le MIIS et explique quoi faire si je m'oppose à la communication de mes données ou de celles de ma famille à d'autres prestataires du MIIS.

JE CONSENS à ce que l'enfant désigné au haut du présent formulaire reçoive le vaccin Pfizer-BioNTech ou Comirnaty contre la COVID-19 et j'ai lu et accepte les informations figurant à la **section 3** du formulaire. (Si le présent formulaire de consentement n'est pas signé, daté et renvoyé, l'enfant ne sera pas vacciné(e))

Signature du représentant légal autorisé

Date