



# Formularz zgody na szczepienia przeciwko COVID-19 osób w wieku 5-17 lat

## Część 1: Informacje o dziecku, które ma otrzymać szczepionkę Pfizer przeciw COVID-19 (wypełnić drukowanymi literami):

\_\_\_\_\_  
Imię i nazwisko dziecka (nazwisko, imię,  
inicjał drugiego imienia)

\_\_\_\_\_  
Data urodzenia  
(mm/dd/yyyy)

\_\_\_\_\_  
Wiek

\_\_\_\_\_  
Adres

\_\_\_\_\_  
Miejscowość

\_\_\_\_\_  
Stan

\_\_\_\_\_  
Kod pocztowy

\_\_\_\_\_  
Numer telefonu

## Część 2: Informacje o szczepionce firmy Pfizer

Pana(i) dziecku zaoferowano szczepionkę przeciwko COVID-19 wyprodukowaną przez firmę Pfizer-BioNTech. Szczepionka Pfizer-BioNTech COVID-19 została dopuszczona przez Amerykańską Agencję ds. Żywności i Leków (FDA) dla osób w wieku powyżej 16 lat, pod nazwą handlową Comirnaty. FDA wydała również pozwolenie na zastosowanie w nagłych przypadkach dla szczepionki przeciwko COVID-19 firmy Pfizer-BioNTech: (i) do szczepienia w serii pierwotnej u osób w wieku 5 lat i starszych, (ii) jako pojedyncza dawka przypominająca po upływie co najmniej 5 miesięcy od zakończenia serii pierwotnej u osób w wieku 12 lat i starszych; oraz, (iii) jako trzecia dawka szczepionki w serii pierwotnej po upływie co najmniej 28 dni od drugiej dawki u osób z obniżoną odpornością w wieku 5 lat i starszych. Zarówno szczepionka Pfizer-BioNTech COVID-19 jak i Comirnaty są podawane domięśniowo w serii 2 dawek, w odstępie 3 tygodni.

Przed podaniem szczepionki osoba wykonująca szczepienie będzie potrzebowała pewnych informacji i przeprowadzi wywiad medyczny dotyczący zdrowia dziecka. **Pytania z wywiadu są dostępne tutaj [www.mass.gov/CDCScreeningForm](http://www.mass.gov/CDCScreeningForm).**

Szczepionka może nie ochronić wszystkich osób przed zachorowaniem na COVID-19.

U niektórych osób po zaszczepieniu mogą wystąpić działania niepożądane. Zgłaszane działania niepożądane obejmują ból w miejscu wstrzyknięcia, zmęczenie, ból głowy, ból mięśni, dreszcze, ból stawów, gorączkę, obrzęk w miejscu wstrzyknięcia, zaczerwienienie w miejscu wstrzyknięcia, nudności, złe samopoczucie i powiększenie węzłów chłonnych. Istnieje niewielkie prawdopodobieństwo, że szczepionka może spowodować ciężką reakcję alergiczną. Ciężka reakcja alergiczna zazwyczaj występuje

<sup>1</sup>W przypadku tej szczepionki „stan obniżonej odporności” obejmuje osoby, które przeszły przeszczep organu ciała lub u których zdiagnozowano stan uznawany za równoważny poziom obniżenia odporności.



# Formularz zgody na szczepienia przeciwko COVID-19 osób w wieku 5-17 lat

w ciągu kilku minut do godziny po podaniu dawki szczepionki. Z tego powodu osoba wykonująca szczepienie może poprosić osobę, która została zaszczepiona o pozostanie w punkcie szczepienia w celu monitorowania stanu po szczepieniu. Do objawów ciężkiej reakcji alergicznej należą: trudności w oddychaniu, obrzęk twarzy i gardła, przyspieszone bicie serca i/lub dotkliwa wysypka na całym ciele.

Dodatkowe informacje są dostępne w „Arkuszu informacyjnym dla osób szczepiących się i ich opiekunów” dotyczącym szczepionki firmy Pfizer-BioNTech przeciw COVID-19 pod adresem:

- [Osoby szczepiące się i ich opiekunowie - wiek od 5 do 11 lat \(fda.gov\)](#)
- [Osoby szczepiące się i ich opiekunowie - wiek co najmniej 12 lat \(fda.gov\)](#)

## Część 3: Zgoda

**ZGODA NA SZCZEPIENIE OSOBY MAŁOLETNIJ:** Zapoznałem(-am) się z informacjami na temat szczepionek firmy Pfizer-BioNTech i Comirnaty przeciw COVID-19 przedstawionymi powyżej w **Części 2** i rozumiem związane z nimi zagrożenia i korzyści. Wyrażając zgodę poniżej, potwierdzam co następuje:

1. Zapoznałem(-am) się z formularzem zgody i rozumiem, że „Arkusze informacyjne dla osób szczepiących się i ich opiekunów” zawiera bardziej szczegółowe informacje na temat potencjalnych zagrożeń i korzyści związanych ze szczepionkami firmy Pfizer-BioNTech i Comirnaty przeciw COVID-19.
2. Jestem prawnie upoważniony(-a) do wyrażenia zgody na szczepienie wyżej wymienionego dziecka szczepionką Pfizer-BioNTech lub Comirnaty przeciw COVID-19.
3. Rozumiem, że nie muszę towarzyszyć wymienionemu wyżej dziecku podczas wizyty w celu szczepienia i że wyrażając zgodę poniżej zapewniam, że dziecko otrzyma szczepionkę Pfizer-BioNTech lub Comirnaty przeciw COVID-19 bez względu na to, czy będę obecny(-a) podczas wizyty szczepienia.
4. Jeśli mam ubezpieczenie zdrowotne, które obejmuje wyżej wymienione dziecko, wyrażam zgodę na obciążenie mojej firmy ubezpieczeniowej kosztami podania szczepionki Pfizer Comirnaty przeciw COVID-19. Sama szczepionka Pfizer Comirnaty przeciw COVID-19 jest pokrywana przez rząd i nie otrzymam rachunku za tę część kosztów szczepienia.
5. Rozumiem, że zgodnie z wymogami prawa stanowego wszystkie szczepienia będą zgłaszane do Systemu Informacji o Szczepieniach Departamentu Zdrowia Publicznego stanu Massachusetts (Massachusetts Immunization Information System, MIIS). Arkusz MIIS dla rodziców i pacjentów jest dostępny na stronie [www.mass.gov/dph/miis](http://www.mass.gov/dph/miis) i zawiera informacje o MIIS i wyjaśnia, co można zrobić, aby wyrazić sprzeciw wobec udostępniania swoich danych i danych rodziny innym świadczeniodawcom w systemie MIIS.

**ZGADZAM SIĘ**, aby dziecko wymienione na górze formularza zostało zaszczepione szczepionką Pfizer-BioNTech lub Comirnaty przeciw COVID-19 i potwierdzam, że zapoznałem(-am) się i zgadzam się z informacjami podanymi w **Części 3** formularza. (Jeśli formularz zgody nie zostanie podpisany, opatrzony datą i zwrócony, dziecko nie zostanie zaszczepione.)

*Podpis upoważnionego przedstawiciela*

*Data*