

# Форма согласия на вакцину от COVID-19 для лиц в возрасте 5-17 лет



## Раздел 1: Информация о ребенке, который получит вакцину от COVID-19 компании Pfizer (пожалуйста, заполните печатными буквами):

Имя ребенка (фамилия, имя, среднее имя)

Дата рождения  
(мм/дд/гггг)

Возраст

Улица и номер дома

Город

Штат

Почтовый индекс

Номер телефона

## Раздел 2: Информация о вакцине компании Pfizer

Вашему ребенку предлагается вакцина от COVID-19 производства компании Pfizer-BioNTech. Вакцина от COVID-19 компании Pfizer-BioNTech одобрена Управлением по санитарному надзору за качеством пищевых продуктов и медикаментов США (FDA) для людей старше 16 лет под торговой маркой Comirnaty. FDA также выдало разрешение на экстренное применение вакцины от COVID-19 компании Pfizer-BioNTech в следующих условиях: (i) для первичной серии вакцинации лиц в возрасте от 5 лет, (ii) в качестве одной бустерной дозы не менее чем через 5 месяцев после завершения первичной серии для лиц в возрасте от 12 лет; и (iii) в качестве третьей дозы вакцины первичной серии не менее чем через 28 дней после второй дозы для лиц с ослабленным иммунитетом в возрасте от 5 лет. Вакцина от COVID-19 компании Pfizer-BioNTech и Comirnaty вводятся внутримышечно серией из двух доз с перерывом в три недели.

Перед введением вакцины врачу, проводящему вакцинацию, потребуется определенная информация о медицинском анамнезе Вашего ребенка. С предстоящими вопросами можно ознакомиться по адресу [www.mass.gov/CDCScreeningForm](http://www.mass.gov/CDCScreeningForm).

Вакцина может защитить не всех от заболевания COVID-19. У некоторых лиц после введения вакцины могут возникнуть побочные эффекты. Сообщается о таких побочных эффектах, как боль в месте инъекции, усталость, головная боль, боль в мышцах, озноб, боль в суставах, лихорадка, отек в месте инъекции, покраснение в месте инъекции, тошнота, плохое самочувствие и опухшие лимфатические узлы. Существует отдаленная вероятность того, что вакцина может вызвать тяжелую аллергическую реакцию. Тяжелая аллергическая реакция обычно возникает

<sup>1</sup>Для данной вакцины «лица с ослабленным иммунитетом» включают тех, кто перенес трансплантацию солидных органов или имеющих диагноз заболевания, считающегося эквивалентным по иммунной недостаточности.



# Форма согласия на вакцину от COVID-19 для лиц в возрасте 5-17 лет

по прошествии от нескольких минут до одного часа после получения дозы вакцины. По этой причине поставщик вакцины может попросить лицо, получившее вакцину, остаться на месте, где он получил вакцину, для наблюдения после вакцинации. Признаками тяжелой аллергической реакции могут быть затрудненное дыхание, отек лица и горла, учащенное сердцебиение и/или сильная сыпь по всему телу.

Дополнительную информацию можно найти в «Информационном бюллетене для получателей и лиц, осуществляющих уход» для вакцины от COVID-19 компании Pfizer-BioNTech, доступном по адресу:

- [Получатели и лица, осуществляющие уход, в возрасте 5-11 лет \(fda.gov\)](#)
- [Получатели и лица, осуществляющие уход, в возрасте от 12 лет \(fda.gov\)](#)

## Раздел 3: Согласие

**СОГЛАСИЕ НА ВАКЦИНАЦИЮ НЕСОВЕРШЕННОЛЕТНЕГО:** Я ознакомился(-ась) с информацией о вакцинах от COVID-19 компании Pfizer-BioNTech и Comirnaty в приведенном выше **разделе 2** и понимаю риски и преимущества. Давая свое согласие ниже, я соглашаюсь с тем, что:

1. Я ознакомился(-ась) с этой формой согласия и понимаю, что в «Информационном бюллетене для получателей и лиц, осуществляющих уход» содержится более подробная информация о потенциальных рисках и преимуществах вакцин от COVID-19 компании Pfizer-BioNTech и Comirnaty.
2. Я имею полномочия дать согласие на вакцинацию вышеуказанного ребенка вакциной от COVID-19 компании Pfizer-BioNTech или Comirnaty.
3. Я понимаю, что от меня не требуется сопровождать вышеуказанного ребенка на прием для вакцинации и что на основании моего согласия ребенок получит вакцину от COVID-19 компании Pfizer-BioNTech или Comirnaty независимо от моего присутствия на приеме для вакцинации.
4. Если у меня есть медицинская страховка, которая распространяется на вышеуказанного ребенка, я разрешаю выставить моей страховой компании счет на оплату расходов по введению вакцины от COVID-19 компании Pfizer Comirnaty. Сама вакцина от COVID-19 компании Pfizer Comirnaty оплачивается государством, и мне не будет выставлен счет за эту часть стоимости иммунизации.
5. Я понимаю, что в соответствии с законом штата обо всех прививках будет сообщено в информационную систему иммунизации Отдела здравоохранения штата Massachusetts (MIIS). Я могу ознакомиться с информационным бюллетенем MIIS для родителей и пациентов по адресу [www.mass.gov/dph/miis](http://www.mass.gov/dph/miis) для получения информации о MIIS и о том, что делать, если я возражаю против того, чтобы данные обо мне или моей семье передавались другим поставщикам в MIIS.

**Я даю согласие** на вакцинацию ребенка, указанного в верхней части данной формы, вакциной от COVID-19 компании Pfizer-BioNTech или Comirnaty, и я ознакомился(-ась) и согласен(-а) с информацией в **разделе 3** данной формы. (если это согласие не подписано, не датировано и не возвращено, вакцинация ребенка не проводится)

*Подпись законно уполномоченного представителя*

*Дата*