



Đơn Chấp Thuận Tiêm Vắc-xin COVID-19 Cho Người Từ 5 Đến 17 Tuổi

Phần 1: Thông tin về đứa trẻ được tiêm vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer (vui lòng dùng chữ in):

Họ và tên của trẻ (Họ, Tên, Tên lót)

Ngày sinh
(tháng/ngày/năm)

Tuổi

Địa chỉ

Thành phố

Tiểu bang

Mã vùng (Zipcode)

Số điện thoại

Phần 2: Thông tin về vắc-xin Pfizer

Con của quý vị đang được phép tiêm vắc-xin COVID-19 do Pfizer-BioNTech sản xuất. Vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech đã được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) chấp thuận cho người trên 16 tuổi tiêm ngừa, với tên thương hiệu là Comirnaty. FDA cũng đã cấp Giấy phép Sử dụng Khẩn cấp cho vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech: (i) loạt tiêm ngừa vắc-xin chính dành cho người từ 5 tuổi trở lên, (ii) liều tiêm tăng cường ít nhất 5 tháng sau khi tiêm ngừa loạt vắc-xin chính dành cho những người 12 tuổi trở lên; và (iii) đợt thứ 3 của loạt vắc-xin chính ít nhất 28 ngày sau khi những người có hệ miễn dịch bị suy yếu từ 5 tuổi trở lên tiêm liều thứ hai. Cả hai loại vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech và Comirnaty sẽ được tiêm 2 liều vào cơ, mỗi liều cách nhau 3 tuần.

Bên dịch vụ tiêm ngừa sẽ cần một số thông tin về bệnh sử của con quý vị trước khi tiêm. Những câu hỏi đó có sẵn tại đây www.mass.gov/CDCScreeningForm.

Vắc-xin này có thể không bảo vệ được tất cả mọi người khỏi bệnh COVID-19. Một số người có thể bị tác dụng phụ sau khi tiêm ngừa. Các tác dụng phụ đã được báo cáo gồm có bị đau nhức tại nơi tiêm, mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ, ớn lạnh, đau khớp, sốt, sưng chỗ tiêm, sưng đỏ, buồn nôn, cảm thấy không khỏe và sưng hạch bạch cầu. Rất hiếm khi vắc-xin này có thể gây dị ứng thuốc nghiêm trọng. Dị ứng thuốc nghiêm trọng thường xảy ra trong

Đối với loại vắc-xin này, "bị suy yếu hệ miễn dịch" gồm có những người đã ghép nội tạng hoặc được chẩn đoán bị tình trạng tương tự như suy yếu hệ miễn dịch.



Đơn Chấp Thuận Tiêm Vắc-xin COVID-19 Cho Người Từ 5 Đến 17 Tuổi

vòng vài phút đến một giờ sau khi tiêm vắc-xin. Vì lý do này, bên dịch vụ tiêm ngừa có thể yêu cầu người được tiêm ngừa ở yên tại chỗ để theo dõi sau khi tiêm ngừa. Các dấu hiệu bị dị ứng nghiêm trọng có thể bị khó thở, sưng mặt và cổ họng, tim đập nhanh và/hoặc phát ban nặng khắp cơ thể.

Thông tin bổ sung như “Tờ thông tin cho người được tiêm ngừa và người chăm sóc” của vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech có sẵn tại:

- [Người được tiêm ngừa và Người chăm sóc từ 5-11 tuổi \(fda.gov\)](#)
- [Người được tiêm và Người chăm sóc từ 12 tuổi trở lên \(fda.gov\)](#)

Phần 3: Chấp thuận

ĐỒNG Ý CHO TRẺ EM ĐƯỢC TIÊM VẮC-XIN: Tôi đã xem xét thông tin về vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech và Comirnaty trong **Phần 2** ở trên và hiểu rõ rủi ro và lợi ích. Khi cung cấp sự chấp thuận của tôi dưới đây, tôi đồng ý rằng:

1. Tôi đã xem xét mẫu đơn chấp thuận này và tôi hiểu rằng “Tờ thông tin cho Người nhận và Người chăm sóc” gồm có thông tin chi tiết hơn về những rủi ro tiềm ẩn và lợi ích của vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech và Comirnaty.
2. Tôi có quyền hợp pháp để chấp thuận cho đứa trẻ có tên ở trên được tiêm vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech hoặc Comirnaty.
3. Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải đi cùng đứa trẻ có tên ở trên đến buổi hẹn tiêm ngừa và với sự chấp thuận của tôi dưới đây, đứa trẻ này sẽ tiêm vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech hoặc Comirnaty dù tôi có mặt tại buổi hẹn hay không.
4. Nếu tôi có bảo hiểm y tế chi trả cho đứa trẻ có tên ở trên, tôi cho phép công ty bảo hiểm của tôi tính phí tiêm vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech. Chính phủ đang trả tiền phí của vắc-xin hiệu Pfizer-BioNTech và tôi sẽ không bị tính phí của thuốc đó trong phần phí chủng ngừa của mình.
5. Tôi hiểu rằng theo yêu cầu của luật tiểu bang, tất cả các đợt chủng ngừa sẽ được báo cáo vào Hệ thống Thông tin Chủng Ngừa của Bộ Y tế Công cộng Massachusetts (MIIS). Tôi có thể xem Tờ thông tin MIIS cho Phụ huynh và Bệnh nhân, tại trang web www.mass.gov/dph/miis, để biết thông tin về MIIS và điều phải làm nếu phản đối việc chia sẻ dữ liệu của bản thân hoặc gia đình với các nhà cung cấp khác trong MIIS.

TÔI CHẤP THUẬN cho đứa trẻ có tên ở phần đầu của mẫu đơn này được tiêm vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech hoặc Comirnaty và đã xem xét cũng như đồng thuận với thông tin có trong **Phần 3** của mẫu đơn này. (Nếu đơn chấp thuận này không có chữ ký, ngày/tháng/năm và không nộp lại, trẻ sẽ không được chủng ngừa.)

Chữ ký của người đại diện được ủy quyền hợp pháp

Ngày/tháng/năm