



نموذج الموافقة على لقاح فايزر-بيونتك لكوفيد-19 للأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 17 عامًا

القسم 1: معلومات حول الطفل الذي سيحصل على لقاح فايزر-بيونتك لكوفيد-19 (يرجى الكتابة بأحرف واضحة):

العمر	تاريخ الميلاد (شهر/يوم/سنة)	اسم الطفل (الأخير، الأول، الحرف الأول من الاسم الأوسط)
عنوان الشارع		
الرمز البريدي	الولاية	المدينة
رقم الهاتف		

القسم 2: معلومات عن مخاطر وفوائد لقاح فايزر-بيونتك لكوفيد-19

قد يقي لقاح فايزر-بيونتك الخاص بكوفيد-19 الشخص الذي يتلقاه من الإصابة بكوفيد-19. لا يوجد لقاح معتمد من إدارة الغذاء والدواء الأمريكية (FDA) للوقاية من كوفيد-19. ولكن الإدارة صرحت بالاستخدام الطارئ للقاح فايزر-بيونتك الخاص بكوفيد-19 للوقاية من الفيروس للأشخاص البالغين من العمر 12 عامًا فأكثر، وذلك بموجب تصريح الاستخدام في حالات الطوارئ (EUA). يُعطى لقاح فايزر-بيونتك لكوفيد-19 في العضل على جرعتين يفصل بينهما ثلاثة أسابيع.

قد لا يحمي لقاح فايزر-بيونتك لكوفيد-19 جميع الأشخاص. تشمل الآثار الجانبية التي تم الإبلاغ عنها مع لقاح فايزر-بيونتك لكوفيد-19 الألم في موضع الحقن والتعب والصداع وآلام العضلات والقشعريرة وآلام المفاصل والحمى وتورم موضع الحقن واحمرار موضع الحقن والغثيان والشعور بالتوعك وتورم العقد الليمفاوية. هناك احتمالية ضئيلة لأن يتسبب لقاح فايزر-بيونتك الخاص بكوفيد-19 في رد فعل تحسسي حاد. عادةً ما يحدث رد الفعل التحسسي الحاد في غضون بضع دقائق إلى ساعة واحدة من تلقي جرعة لقاح فايزر-بيونتك الخاص بكوفيد-19. لهذا السبب، قد يطلب مُقدم اللقاح من المتلقي المكوث في المكان الذي تلقى فيه اللقاح ليخضع للمراقبة بعد التلقي.



نموذج الموافقة على لقاح فايزر-بيونتك لكوفيد-19 (COVID-19) للأفراد الذين تتراوح أعمارهم بين 12 و 17 عامًا

قد تتضمن علامات رد الفعل التحسسي الحاد صعوبة في التنفس وتورم الوجه والحلق وتسارع ضربات القلب و/أو طفحًا جلديًا شديدًا في جميع أنحاء الجسم.

تتوفر "صحيفة حقائق للمتلقين ومقدمي الرعاية" للقاح فايزر-بيونتك لكوفيد-19 على <https://www.fda.gov/media/144414/download>

القسم 3: الموافقة

- الموافقة على تلقي القصر للقاح: لقد راجعت المعلومات المقدمة عن مخاطر وفوائد لقاح فايزر-بيونتك الخاص بكوفيد-19 المدرجة في القسم 2 أعلاه وأفهمها. بتقديم موافقتي أدناه، أقر بأنني:
1. قد راجعت نموذج الموافقة هذا وأدرك أن "صحيفة حقائق المتلقين ومقدمي الرعاية" تتضمن معلومات أكثر تفصيلًا عن المخاطر والفوائد المحتملة للقاح فايزر-بيونتك الخاص بكوفيد-19.
 2. أمتلك السلطة القانونية للموافقة على تلقي الطفل المذكور اسمه أعلاه للقاح فايزر-بيونتك الخاص بكوفيد-19.
 3. أعلم أنني لست مطالبًا بمرافقة الطفل المذكور اسمه أعلاه في موعد تلقي اللقاح، وأنه بمنح موافقتي أدناه، سيتلقى الطفل لقاح فايزر-بيونتك لكوفيد-19 سواء كنت موجودًا خلال موعد تلقي اللقاح أم لا.
 4. إذا لم أرافق الطفل المذكور اسمه أعلاه في موعد تلقي اللقاح، فسأقدم نموذجًا مكتملًا خاصًا بفحص ما قبل تلقي اللقاح، النموذج متاح على: www.mass.gov/CDCScreeningForm
 5. إذا كان لدي تأمين صحي يغطي الطفل المذكور اسمه أعلاه، فإنني أُمَنح الإذن لشركة التأمين التابع لها بتكفل مصاريف إعطاء لقاح فايزر-بيونتك الخاص بكوفيد-19. تدفع الحكومة مقابل لقاح فايزر-بيونتك الخاص بكوفيد-19 بنفسها، ولن أتكبد ذلك الجزء من تكلفة تحصيلي.
 6. أفهم أنه بموجب قانون الولاية، يجب الإبلاغ عن جميع التحصينات لنظام معلومات التحصين في ماساتشوستس التابع لإدارة الصحة العامة (MIIS). يمكنني الوصول إلى "صحيفة حقائق لأولياء الأمور والمرضى" المقدمة من MIIS على: www.mass.gov/dph/miis للحصول على معلومات عن MIIS وما الذي يجب القيام به إذا كنت أعترض على مشاركة بياناتي أو بيانات أسرتي مع مقدمي الرعاية الآخرين في MIIS.

أمنح موافقتي على تلقي الطفل المذكور اسمه في الجزء العلوي من هذا النموذج لقاح فايزر-بيونتك الخاص بكوفيد-19 وراجعت المعلومات المتضمنة في **القسم 3** من هذا النموذج وأوافق عليها. (إذا لم توقع هذه الموافقة، ويدون التاريخ عليها وتُعاد إلينا، فلن يتلقى الطفل اللقاح).