

Formulaire de consentement pour le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 pour les moins de 12-17 ans



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

Nom de l'enfant (Nom, Prénom, IM)

*Date de naissance
(mm/jj/aaaa)*

Âge

Adresse

Ville

État

Code postal

N° de téléphone

Section 2 : Informations sur les risques et les avantages du vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19

Une personne vaccinée avec le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 peut être protégée de l'infection par la COVID-19. Il n'existe pas de vaccin de prévention contre la COVID-19 qui ait reçu l'approbation de la Food and Drug Administration (FDA) des É.-U.. Cependant, la FDA a autorisé l'utilisation en urgence (EUA) du vaccin Pfizer-BioNTech pour prévenir la COVID-19 chez les personnes âgées de 12 ans et plus. Le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 est administré par injection intramusculaire de 2 doses, à 3 semaines d'intervalle.

La protection assurée par le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 peut ne pas être efficace pour toutes les personnes vaccinées. Certains effets secondaires ont été signalés après le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 : douleurs au point d'injection, fatigue, maux de tête, douleurs musculaires, frissons, douleurs articulaires, la 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 Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 provoque une réaction allergique grave. En général, une réaction allergique grave surviendrait rapidement (quelques minutes à une heure) après l'administration d'une dose du vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19. C'est pour cela que le prestataire de vaccination pourra vous demander de demeurer sur

Formulaire de consentement pour le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 pour les moins de 12-17 ans



le site sous surveillance après la vaccination. Les signes de réaction allergique grave peuvent inclure des difficultés respiratoires, une enflure au visage et à la gorge, une accélération du rythme cardiaque et/ou une 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 <https://www.fda.gov/media/144819/download>.

Section 3 : Consentement

CONSENTEMENT À LA VACCINATION D'UN MINEUR : J'ai pris connaissance et je comprends les informations sur les risques et les avantages du vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19 qui sont énumérés à la Section 2 ci-dessus. 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 du vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19.
2. Je suis autorisé(e) par la loi à consentir à ce que l'enfant désigné ci-dessus reçoive le vaccin Pfizer-BioNTech 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 que, en vertu de mon consentement ci-dessous, l'enfant recevra le vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19, que je sois présent(e) ou non au rendez-vous de vaccination.
4. Si je n'accompagne pas l'enfant nommé ci-dessus à son rendez-vous de vaccination, je fournirai un formulaire de dépistage pré-vaccinal rempli, obtenu sur le site www.mass.gov/CDCScreeningForm
5. 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-BioNTech contre la COVID-19 à ma compagnie d'assurance. L'État assumant le coût du vaccin Pfizer-BioNTech contre la COVID-19, cet élément du coût de l'immunisation ne me sera pas facturé.
6. Je conviens que, 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 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