



Đơn Chấp Thuận Tiêm Vắc-xin COVID-19 Hiệu Pfizer-BioNTech Cho Người Từ 12 Đến 17 Tuổi

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

Tên của con (Họ, Tên, Tên lót)

Ngày sinh
(tháng/ngày/năm)

Tuổi

Địa chỉ

Thành phố

Bang

Mã vùng (Zipcode)

Số điện thoại

Phần 2: Thông tin về rủi ro và lợi ích của thuốc Pfizer-BioNTech

Thuốc Pfizer-BioNTech có thể ngăn chặn người được chủng ngừa bị nhiễm COVID-19. Không có vắc-xin COVID-19 nào được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt. Tuy nhiên, FDA đã cho phép sử dụng khẩn cấp vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech để ngăn ngừa COVID-19 cho những người từ 12 tuổi trở lên theo Giấy phép Sử dụng Khẩn cấp (EUA). Vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech sẽ được tiêm 2 liều vào cơ, cách nhau 3 tuần.

Vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech có thể không bảo vệ được cho tất cả mọi người. Các tác dụng phụ từ thuốc Pfizer-BioNTech 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. Thuốc Pfizer-BioNTech rất hiếm khi gây ra dị ứng nghiêm trọng. Dị ứng nghiêm trọng thường xảy ra trong vòng vài phút đến một giờ sau khi tiêm một liều thuốc Pfizer-BioNTech. Vì lý do này, bên cung cấp dịch vụ



Đơn Chấp Thuận Tiêm Vắc-xin COVID-19 Hiệu Pfizer-BioNTech Cho Người Từ 12 Đến 17 Tuổi

chủng ngừa có thể yêu cầu người được chủng ngừa ở 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.

“Tờ thông tin cho người được chủng ngừa và người chăm sóc” của vắc-xin Pfizer-BioNTech có sẵn tại <https://www.fda.gov/media/144414/download>.

Phần 3: Chấp thuận

CHẤP THUẬN CHO TRẺ EM ĐƯỢC TIÊM VẮC-XIN: Tôi đã xem xét thông tin về rủi ro và lợi ích của vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech trong Phần 2 ở trên và hiểu rõ các 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 thuốc chủng ngừa Pfizer-BioNTech.
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.
3. Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải đi cùng đứa trẻ có tên ở trên đến buổi hẹn tiêm vắc-xin, và với sự chấp thuận của tôi dưới đây, đứa trẻ này sẽ được tiêm vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech dù tôi có mặt tại buổi hẹn hay không.
4. Nếu tôi không đi cùng đứa trẻ có tên ở trên đến buổi hẹn tiêm vắc-xin của chúng, tôi sẽ cung cấp một mẫu đơn sàng lọc trước khi tiêm chủng đã được điền đầy đủ thông tin, có tại: www.mass.gov/CDCScreeningForm
5. 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 được tính phí tiêm vắc-xin COVID-19 hiệu Pfizer-BioNTech. Chính phủ đang trả tiền phí của vắc-xin Pfizer-BioNTech và tôi sẽ không bị tính phí của thuốc đó trong phần phí chủng ngừa của mình.
6. 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 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