

**Biểu mẫu đồng ý tiêm vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19  
và sàng lọc cho cá nhân dưới 18 tuổi**

**Mục 1: Thông tin về trẻ vị thành niên được tiêm vắc xin (vui lòng in ra)**

<b>TÊN CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN (Họ)</b>		(Tên)	(Tên đệm)	<b>NGÀY SINH CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN (NGÀY/THÁNG/NĂM):</b>	
<b>TÊN CỦA CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP (Họ)</b>		(Tên)	(Tên đệm)	<b>TUỔI CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN:</b>	<b>GIỚI TÍNH CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN: NAM/NỮ</b>
<b>ĐỊA CHỈ</b>			<b>SỐ ĐIỆN THOẠI BAN NGÀY VÀ SỐ ĐIỆN THOẠI DI ĐỘNG CỦA CHA MẸ/NGƯỜI GIÁM HỘ:</b>		
<b>THÀNH PHỐ</b>	<b>BANG</b>	<b>MÃ BƯU CHÍNH</b>			

**Mục 2: Đủ tiêu chuẩn sàng lọc để tiêm vắc xin**

Những câu hỏi sau đây sẽ giúp chúng tôi xác định xem có lý do gì khiến con bạn không nên tiêm vắc xin COVID-19 hay không. Nếu bạn trả lời “có” cho bất kỳ câu hỏi nào, điều đó không nhất thiết có nghĩa là con bạn không nên tiêm vắc xin. Điều này chỉ có nghĩa là nên hỏi thêm một số câu hỏi bổ sung nữa. Nếu câu hỏi không rõ ràng, vui lòng yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của bạn giải thích.

	<b>CÓ</b>	<b>KHÔNG NG</b>	<b>KHÔNG BIẾT</b>
1. Con bạn hiện đang cảm thấy bị ốm hay mệt mỏi không?			
2. Con của bạn đã bao giờ được tiêm một liều vắc xin COVID-19 chưa? Nếu có, vui lòng nêu rõ tên vắc xin <input type="checkbox"/> Moderna; <input type="checkbox"/> Pfizer; <input type="checkbox"/> Johnson & Johnson; <input type="checkbox"/> thương hiệu vắc xin khác: _____			Ngày: _____ (Nếu có)
3. Con bạn đã bao giờ có phản ứng dị ứng với: (Điều này sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến con bạn phải đến bệnh viện. Điều này cũng sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng xảy ra trong vòng 4 giờ gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, bao gồm cả thở khó khè.)			
• Vắc xin COVID-19 chứa một trong những thành phần sau:			
○ Polyethylene glycol (PEG), được tìm thấy trong một số loại thuốc, chẳng hạn như thuốc nhuận tràng và các chế phẩm cho quy trình nội soi đại tràng?			
○ Polysorbate, được tìm thấy trong một số vắc xin, viên nén bao phim và steroid tiêm tĩnh mạch?			
• Một liều vắc xin COVID-19 đã tiêm trước đây?			
• Một loại vắc-xin hoặc liệu pháp tiêm có chứa nhiều thành phần, một trong số đó là thành phần vắc-xin COVID-19, nhưng không biết thành phần nào gây ra phản ứng tức thì?			
4. Con của bạn đã bao giờ bị phản ứng dị ứng với một loại vắc-xin khác (không phải vắc-xin COVID-19) hoặc thuốc tiêm không? (Điều này sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ: sốc phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến con bạn phải đến bệnh viện. Điều này cũng sẽ bao gồm một phản ứng dị ứng xảy ra trong vòng 4 giờ gây phát ban, sưng tấy hoặc suy hô hấp, bao gồm cả thở khó khè.)			
5. Con bạn đã bao giờ bị phản ứng dị ứng nghiêm trọng (ví dụ: sốc phản vệ) với thứ gì đó không phải là thành phần của vắc xin COVID-19, hoặc bất kỳ loại vắc xin hoặc thuốc tiêm nào chưa? Điều này sẽ bao gồm dị ứng thức ăn, vật nuôi, nọc độc, môi trường hoặc thuốc uống.			
6. Con bạn có được tiêm vắc xin gì trong 14 ngày qua không?			
7. Con của bạn đã bao giờ có kết quả xét nghiệm dương tính với COVID-19 hoặc đã bao giờ bác sĩ nói với bạn rằng con bạn bị COVID-19 chưa?			



8. Con của bạn đã được điều trị bằng kháng thể thụ động (kháng thể đơn dòng hoặc huyết thanh dưỡng bệnh) để điều trị COVID-19 chưa?			
9. Con bạn có bị suy giảm hệ miễn dịch do nhiễm HIV hoặc ung thư hay con bạn có dùng thuốc hoặc liệu pháp ức chế miễn dịch không?			
10. Con bạn có bị rối loạn chảy máu hay con bạn đang uống thuốc làm loãng máu không?			
11. Con bạn đang mang thai hoặc đang cho con bú không?			
12. Con bạn có tiêm chất làm đầy da không?			

### **Mục 3: Thông tin về các rủi ro và lợi ích của vắc xin PfizerBioNTech COVID-19**

Vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19 có thể ngăn người được tiêm vắc xin chống lại COVID-19. Không có vắc xin được Cục Quản lý Thực phẩm và Dược phẩm Hoa Kỳ (FDA) phê duyệt để ngăn ngừa COVID-19. Tuy nhiên, FDA đã cho phép sử dụng khẩn cấp Vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19 để ngăn ngừa COVID-19 ở những người từ mười sáu (16) tuổi trở lên theo Giấy phép Sử dụng Khẩn cấp (EUA). Vắc-xin PfizerBioNTech COVID-19 được tiêm dưới dạng một loạt 2 liều, cách nhau 3 tuần, và cơ.

Vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19 có thể không bảo vệ được tất cả mọi người. Các tác dụng phụ của Vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19 đã được báo cáo bao gồm đau tại chỗ tiêm, mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ, ớn lạnh, đau khớp, sốt, sưng chỗ tiêm, mẩn đỏ, buồn nôn, cảm thấy không khỏe và sưng hạch bạch huyết. Vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19 có thể có khả năng gây ra phản ứng dị ứng nghiêm trọng từ xa. Phản ứng dị ứng nghiêm trọng thường xảy ra trong vòng vài phút đến một giờ sau khi tiêm một liều vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19. Vì lý do này, nhà cung cấp dịch vụ tiêm chủng có thể yêu cầu người nhận vắc xin ở lại nơi họ đã nhận vắc xin để theo dõi sau khi tiêm chủng. Các dấu hiệu của phản ứng dị ứng nghiêm trọng có thể bao gồm khó thở, sưng mặt và cổ họng, tim đập nhanh và/ hoặc phát ban nặng trên khắp cơ thể.

### **Mục 4: Sự đồng ý**

Tôi đã xem xét thông tin về các rủi ro và lợi ích của vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19 trong Phần 3 ở trên và hiểu rõ các rủi ro và lợi ích này. Để cung cấp sự đồng ý của tôi dưới đây, tôi đồng ý rằng:

1. Tôi đã xem xét biểu mẫu đồng ý và sàng lọc này.
2. Tôi đã đọc hoặc đã được đọc cho nghe phiên bản mới nhất (tức là được phát hành gần đây nhất) của **BẢNG THÔNG TIN DÀNH CHO NGƯỜI NHẬN VÀ NGƯỜI CHĂM SÓC; CẤP PHÉP SỬ DỤNG KHẨN CẤP (EUA) CỦA VẮC XIN PFIZER-BIONTECH COVID-19 ĐỂ PHÒNG NGỪA BỆNH VIÊM ĐƯỜNG HÔ HẤP 2019 (COVID-19) Ở CÁ NHÂN MƯỜI SÁU TUỔI TRỞ LÊN**, hiện có tại <https://www.cvdvaccine.com/> hoặc <https://www.fda.gov/media/144414/download>.
3. Tôi có thẩm quyền hợp pháp để đồng ý cho trẻ vị thành niên có tên ở trên được tiêm vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19.
4. Tôi hiểu rằng tôi không bắt buộc phải đi cùng đứa trẻ có tên ở trên đến buổi hẹn tiêm vắc xin của chúng và bằng sự đồng ý của tôi dưới đây, trẻ có thể nhận được Vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19 cho dù tôi có mặt tại buổi hẹn tiêm vắc xin hay không.
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 thanh toán chi phí sử dụng vắc xin PfizerBioNTech COVID-19. Chính phủ đã thanh toán cho Vắc xin Pfizer-BioNTech COVID-19 và tôi sẽ không bị tính phí cho phần chi phí tiêm vắc xin của mình.
6. Tôi hiểu rằng theo luật tiểu bang, tất cả các lần tiêm vắc xin sẽ được nhập vào cơ quan đăng ký Mạng lưới Tiêm chủng Louisiana (LINKS) do Bộ Y tế Louisiana điều hành. Có thể xem thêm thông tin của LIÊN KẾT này tại <https://ldh.la.gov/index.cfm/page/3660>.

**TÔI ĐỒNG Ý cho** \_\_\_\_\_ **[GHI TÊN CỦA THỰC THỂ TIÊM VẮC XIN]** để tiêm vắc-xin Pfizer-BioNTech COVID-19 cho trẻ vị thành niên có tên ở đầu biểu mẫu này và đã xem xét và đồng ý với thông tin có trong Phần 4 của biểu mẫu này.

Chữ ký của Cha mẹ / Người giám hộ hợp pháp có tên ở trên

Ngày ký: Ngày \_\_\_\_\_ tháng \_\_\_\_\_ năm \_\_\_\_\_

