

## Vắc-xin COVID-19 Pfizer-BioNTech, COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA)

## Giấy Đồng Ý và Sàng Lọc cho Người Từ 5 Đến 17 Tuổi

## PHẦN 1: THÔNG TIN VỀ TRẺ VỊ THÀNH NIÊN SẼ ĐƯỢC TIÊM VACCIN (VUI LÒNG GHI CHỮ IN)

TÊN CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN (Họ)		(Tên)	(Tên đệm)	NGÀY SINH CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN (MM/DD/YYYY):		
CHUNG TỘC CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN <input type="checkbox"/> Người Da Trắng <input type="checkbox"/> Người Da Đen <input type="checkbox"/> Người Châu Á <input type="checkbox"/> Người Mỹ Bản Xứ hoặc Người Alaska Bản Xứ <input type="checkbox"/> Người Hawaii Bản Xứ hoặc Người Đảo Thái Bình Dương				SẮC TỘC <input type="checkbox"/> Người gốc Tây Ban Nha <input type="checkbox"/> Không Phải Gốc Tây Ban Nha		Trẻ vị thành niên là người khuyết tật? <input type="checkbox"/> CÓ <input type="checkbox"/> KHÔNG
TÊN CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ HỢP PHÁP (Họ)		(Tên)	(Tên đệm)	TUỔI CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN:		
GIỚI TÍNH CỦA TRẺ VỊ THÀNH NIÊN: Nam / Nữ				SỐ ĐIỆN THOẠI BAN NGÀY VÀ SỐ DI ĐỘNG CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ:		
ĐỊA CHỈ			ĐỊA CHỈ EMAIL CỦA PHỤ HUYNH/NGƯỜI GIÁM HỘ:			
THÀNH PHỐ	TIỂU BANG	MÃ ZIP				

**PHẦN 2: SÀNG LỌC ĐIỀU KIỆN TIÊM VẮC-XIN** Các câu hỏi sau đây sẽ giúp xác định liệu có bất kỳ lý do gì khiến cho CON quý vị không nên tiêm vắc-xin COVID-19 hay không. **Nếu quý vị trả lời “có” đối với bất kỳ câu hỏi nào, điều đó không nhất thiết có nghĩa là con quý vị sẽ không được tiêm vắc-xin.** Nó chỉ có nghĩa là có thể có thêm các câu hỏi khác. Nếu một câu hỏi không rõ ràng, vui lòng yêu cầu nhà cung cấp dịch vụ chăm sóc sức khỏe của quý vị giải thích.

	CÓ	KHÔNG	CHƯA BIẾT
1. Con quý vị hiện tại có bị bệnh không?			
2. Con quý vị có từng tiêm một liều vắc-xin COVID-19 không? Nếu có, vắc-xin nào? <input type="checkbox"/> Pfizer BioNTech; <input type="checkbox"/> Comirnaty; <input type="checkbox"/> một thương hiệu vắc-xin khác: Ngày:			
3. Con quý vị có từng có dị ứng với: (Bao gồm phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ như phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến cho quý vị phải đến bệnh viện. Cũng bao gồm phản ứng dị ứng gây ra phát ban, sưng, hoặc suy kiệt hô hấp, bao gồm khó khè.)			
• Một thành phần của một vắc-xin COVID-19, bao gồm bất kỳ thành phần nào sau đây:			
○ Polyethylene glycol (PEG), được tìm thấy trong một số thuốc như thuốc nhuận tràng và các chế phẩm được sử dụng cho thủ thuật soi kết tràng?			
○ Polysorbate, được tìm thấy trong một số vắc-xin, viên nén phủ phim, và steroid tiêm trong tĩnh mạch?			
• Một liều vắc-xin COVID-19 trước đây?			
4. Con quý vị có từng gặp phản ứng dị ứng với một vắc-xin khác (không phải vắc-xin COVID-19) hoặc thuốc tiêm không? (Bao gồm phản ứng dị ứng nghiêm trọng [ví dụ như phản vệ] yêu cầu điều trị bằng epinephrine hoặc EpiPen® hoặc khiến cho quý vị phải đến bệnh viện. Cũng bao gồm phản ứng dị ứng gây ra phát ban, sưng, hoặc suy kiệt hô hấp, bao gồm khó khè.)			

5. Chọn tất cả các trường hợp áp dụng cho con quý vị:

- Có một phản ứng dị ứng nghiêm trọng với một thứ gì đó không phải vắc-xin hay thuốc tiêm chẳng hạn như thức ăn, vật nuôi, nọc độc, dị ứng môi trường hoặc thuốc uống
- Là nam giới từ 12 đến 29 tuổi
- Có tiền sử viêm cơ tim hoặc viêm nội mạc tim
- Mắc COVID-19 và được điều trị bằng kháng nguyên đơn dòng hoặc khuyết thanh dưỡng bệnh
- Được chẩn đoán mắc Hội Chứng Viêm Đa Hệ Thống (MIS-C hay MIS-A) sau khi nhiễm COVID-19
- Có hệ miễn dịch bị suy giảm (ví dụ như nhiễm HIV, ung thư)
- Sử dụng thuốc hoặc trị liệu ức chế miễn dịch
- Mắc chứng rối loạn chảy máu
- Sử dụng một thuốc chống đông máu

- Có tiền sử bị giảm tiểu cầu do heparin (HIT)
- Đang mang thai hoặc cho con bú
- Đã được đặt độn dưới da
- Có tiền sử mắc hội chứng Guillain-Barre (GBS)

**PHẦN 3: THÔNG TIN VỀ NHỮNG RỦI RO VÀ LỢI ÍCH CỦA VẮC-XIN COVID-19 PFIZER-BIONTECH VÀ COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, MRNA)** Cả vắc-xin COVID-19 Pfizer-BioNTech và COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA) có thể ngăn ngừa mắc COVID-19 cho người đã được tiêm vắc-xin. Cơ Quan Quản Lý Thực Phẩm và Dược Phẩm (FDA) Hoa Kỳ đã cho phép sử dụng COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA) cho người 16 tuổi trở lên để phòng ngừa COVID-19. Ngoài ra, FDA đã cho phép sử dụng khẩn cấp Vắc-xin COVID-19 Pfizer-BioNTech để phòng ngừa COVID-19 ở những người từ mười hai (12) đến mười lăm (15) tuổi theo Sự Cho Phép Sử Dụng Khẩn Cấp (EUA). Cả COMIRNATY (Vắc-xin COVID-19, mRNA) được FDA cho phép và Vắc-xin COVID-19 Pfizer-BioNTech được FDA cho phép có chính xác cùng công thức và có thể được sử dụng thay thế cho nhau. Cả hai được tiêm như một loạt 2 liều, cách nhau 21 ngày, vào cơ bắp.

Vắc-xin Pfizer-BioNTech COVID-19 và COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA) có thể không bảo vệ tất cả mọi người. Các tác dụng phụ đã được báo cáo với cả hai gồm có đau tại vị trí tiêm, mệt mỏi, nhức đầu, đau cơ, rét run, đau khớp, sốt, sưng tại vị trí tiêm, tấy đỏ tại vị trí tiêm, buồn nôn, cảm thấy không khỏe, và sưng hạch bạch huyết. Có khả năng nhỏ là Vắc-xin COVID-19 Pfizer-BioNTech hoặc COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA) có thể gây ra phản ứng dị ứng nghiêm trọng. Phản ứng dị ứng nghiêm trọng thường xuất hiện trong vòng vài phút đến một giờ sau khi tiêm một liều Vắc-xin COVID-19 Pfizer-BioNTech hoặc COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA). Vì lý do này, nhà cung cấp dịch vụ tiêm vắc-xin sẽ yêu cầu người được tiêm vắc-xin ở tại chỗ đã tiêm vắc-xin để theo dõi sau tiêm vắc-xin. Các dấu hiệu của phản ứng dị ứng nghiêm trọng có thể gồm có khó thở, sưng mặt và họng, nhịp tim nhanh, và/hoặc phát ban nặng khắp cơ thể.

**PHẦN 4: SỰ ĐỒNG Ý** Tôi đã xem thông tin về những rủi ro và lợi ích của Vắc-xin COVID-19 Pfizer-BioNTech và COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA) trong Phần 3 bên trên và hiểu những rủi ro và lợi ích. Khi đồng ý ở bên dưới, tôi đồng ý rằng:

1. Tôi đã đọc giấy đồng ý và sàng lọc này.
2. Tôi đã đọc hoặc đã nghe đọc phiên bản mới nhất (được ban hành gần đây nhất) của BẢN KÊ THÔNG TIN VẮC-XIN (VIS) HOẶC TỜ THÔNG TIN SỬ DỤNG KHẨN CẤP CHO NGƯỜI ĐƯỢC TIÊM VẮC-XIN VÀ NGƯỜI CHĂM SÓC VÊ COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA) VÀ VẮC-XIN COVID-19 PFIZER-BIONTECH ĐỂ PHÒNG NGỪA BỆNH DO CORONAVIRUS 2019 (COVID-19), có tại <https://www.fda.gov/media/144414/download>.
3. Tôi có thẩm quyền hợp pháp để đồng ý cho phép trẻ vị thành niên có tên bên trên được tiêm Vắc-xin COVID-19 Pfizer-BioNTech hoặc COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA), gồm có hai (2) liều được tiêm cách nhau 21 ngày.
4. Tôi hiểu rằng tôi không buộc phải đi cùng trẻ có tên bên trên đến các buổi hẹn tiêm vắc-xin và hiểu rằng, bằng việc đồng ý ở bên dưới, trẻ có thể được tiêm Vắc-xin COVID-19 Pfizer-BioNTech hoặc COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA) phù hợp cho dù tôi có mặt tại các buổi hẹn tiêm vắc-xin hay không.
5. Nếu tôi có bảo hiểm sức khỏe chi trả cho trẻ có tên bên trên, tôi cho phép gửi hóa đơn cho công ty bảo hiểm của tôi đối với các chi phí tiêm Vắc-xin COVID-19 Pfizer-BioNTech hoặc COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA). Chính phủ thanh toán chi phí Vắc-xin COVID-19 Pfizer-BioNTech hoặc COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA) thực tế, và tôi sẽ không nhận được hóa đơn đối với phần chi phí tiêm chủng của tôi.
6. Tôi hiểu rằng căn cứ theo luật pháp tiểu bang, tất cả thông tin tiêm chủng sẽ được nhập vào hệ thống đăng ký Louisiana Immunization Network (LINKS) do Sở Y Tế Louisiana điều hành. Có thể tìm thấy thêm thông tin về LINKS tại <https://ldh.la.gov/index.cfm/page/3660>.

**TÔI ĐỒNG Ý CHO PHÉP** \_\_\_\_\_ [CHÈN TÊN ĐƠN VỊ TIÊM VẮC-XIN] tiêm vắc-xin cho trẻ vị thành niên có tên ở đầu mẫu đơn này với Vắc-xin COVID-19 Pfizer-BioNTech hoặc COMIRNATY (VẮC-XIN COVID-19, mRNA) và đã xem và đồng ý với thông tin có trong Phần 4 của mẫu đơn này.

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

Chữ ký của Phụ Huynh/Người Giám Hộ Hợp Pháp có tên bên trên

Manufacturer	Lot #	Expiration Date	Route	Dose	Injection site	EUA Date
Pfizer-BioNTech (5-11 years)			Intramuscular (IM)	0.2mL		10/29/2021
Pfizer BioNTech or Comirnaty (12 – 17 years)			Intramuscular (IM)	0.3mL		11/19/2021

Entered into LINKS (initial and date) \_\_\_\_\_ Notes/Comments: \_\_\_\_\_ rev. 11/29/2021