

辉瑞-生物科技COVID-19疫苗

贝斯以色列拉希健康集团

接受新冠疫苗同意书 (12-17岁未成年人)

接种COVID-19疫苗的目的是降低引起2019冠状病毒疾病(COVID-19)的病毒感染的风险, 以及在发生感染时降低变得严重疾病的风险。

美国食品和药物管理局 (“FDA”) 根据紧急使用授权 (“EUA”) 批准的COVID-19 mRNA疫苗共有两种。只有辉瑞生物技术公司的新冠疫苗被批准用于12-17岁的人群。请查看辉瑞生物技术公司针对接种者和护理者的新冠疫苗EUA概况介绍, 了解疫苗的完整细节和疫苗可能产生的副作用。

FDA概况介绍 - [fda.gov/media/144414/download](https://www.fda.gov/media/144414/download)

推迟接种疫苗的原因:

- 如果您对先前剂量的COVID-19 mRNA疫苗 (或其任何成分, 如聚乙二醇(PEG)或聚山梨酯) 有严重过敏史或任何类型的即时反应 (如过敏反应、呼吸困难、麻疹、口、喉或眼周围肿胀), 则不应接种辉瑞生物技术疫苗。
- 如果您有发烧 (体温100.4度或更高)、寒战或任何COVID-19感染症状, 您应该联系您的初级卫生保健提供者, 考虑在接种疫苗之前进行COVID-19检测。
- 如果您最近被确诊感染COVID-19或因暴露而被隔离, 您应该等到初级卫生保健提供者建议结束隔离或隔离后再接种疫苗。
- 如果您接受了 (或可能在临床试验中接受了) 以下任何一种COVID-19预防治疗: 单克隆抗体 (如Regeneron或Bamlanivimab) 或恢复期血浆, 您应该在此日期之后等待90天再接种疫苗, 以便疫苗尽可能有效。

接种疫苗前的其他考虑:

- 如果您正在怀孕、哺乳期或计划怀孕, 我们建议您与您的保健提供者进行对话, 以了解任何有关疫苗接种是否适合您的问题。
- 如果您过去对任何其他疫苗或可注射 (肌肉、静脉或皮下) 药物有立即过敏反应 (如过敏反应、呼吸困难、出麻疹或口、喉或眼周围肿胀) 的病史, 您必须通知我们以便适当的更长的接种后监测 (30分钟)。

所需接种后观察期:

接种疫苗后, 将立即监测过敏反应的任何迹象 (至少15分钟; 如果之前有严重过敏反应, 则30分钟)。过敏反应的一些症状是皮疹, 喘息, 呼吸困难, 头晕和昏厥, 口周围肿胀, 喉咙, 或眼睛。这不是一份详尽无遗的清单。如果您注意到任何这些症状或有任何其他顾虑, 请立即通知我们。

接种COVID-19疫苗后会有什么发生:

疫苗可能会对某些人产生副作用, 如肌肉酸痛, 感到疲倦, 或轻微发烧。这些反应意味着疫苗正在发挥作用, 帮助您的身体在接触COVID-19的情况下如何抗击COVID-19。对大多数人来说, 这些副作用不会持续超过一两天。

有这些副作用并不意味着您得了COVID-19。如果您在接种疫苗后对您的健康有疑问, 打电话给您的初级卫生保健提供者。与任何药物一样, 它很少但有可能出现严重的反应, 如不能呼吸。这种情况发生的可能性很小, 但如果真的发生了, 拨打911或者去最近的急诊室。请向FDA/CDC疫苗不良事件报告系统(VAERS)在线报告所有疫苗副作用 vaers.hhs.gov/reportevent.html, 或VAERS免费电话号码(1-800-822-7967)。您也可以向CDC v-safe在线工具报告 (vsafe.cdc.gov)。

接种COVID-19疫苗后:

即使您接种了疫苗, 在某些情况下, 您也需要戴一个口罩来遮盖您的口鼻, 正如《马萨诸塞州的口罩令》所规定的那样(mass.gov/info-details/mask-up-massachusetts) 经常洗手。这给您和其他人最好的保护, 以免感染病毒。一定要安排好第二次接种疫苗的时间。您应返回同一疫苗接种地点进行第2次接种:

- 辉瑞-生物科技-第2剂将在21天内到期

您的第二次剂量预约应尽可能地安排在这些日期之前。如果这是不可行的或可能的, 请尝试预约您的第二次接种在到期后4天内, 您的第二次剂量到期。在接种完新冠疫苗系列后14天内, 请避免接种其他非紧急疫苗。

[Continue to next page](#)

辉瑞-生物科技COVID-19疫苗

贝斯以色列拉希健康集团

接受新冠疫苗同意书 (12-17岁未成年人)

提醒: 您所接种的疫苗会列在一张提供给您的疫苗接种卡上。请将此卡保存为您的新冠疫苗接种记录, 并携带在您的第二次接种预约时使用。考虑注册CDC v-safe工具 (vsafe.cdc.gov) - 接种新冠疫苗的人接种后的智能手机健康检查器。此工具将提供症状登记以及第二次接种提醒。

如果您有任何关于副作用的问题, 以及您是否不应该接受您的第二剂疫苗, 请咨询您的初级卫生保健提供者。

同意接种新冠疫苗

以下签名确认我们收到:

- 阅读 (或已经读给我们听过) 并充分理解以上提供的有关COVID-19疫苗的信息
- 收到了辉瑞生物技术公司针对接种者和护理者的COVID-19疫苗紧急使用授权情况说明书, 并阅读了该说明书
- 向未成年人的个人护理人员宣讲了关于接种疫苗的任何医疗问题或禁忌症的问题
- 今天有机会就疫苗提出任何问题, 并得到了令我们满意的答复

我们在下面的签名授权未成年人接种COVID19疫苗。

未成年人全名 (请打印):

出生日期:

未成年子女的父母/法定监护人签名:

日期:

同意人与未成年子女的关系:

有资质的口译员 (如使用):

TO BE ENTERED BY BILH VACCINATOR

Date Given:

Manufacturer:

Given By:

Lot #:

Expiration Date:

EUA Fact Sheet Given:

2nd Dose Required: Y N

Date of 2nd Dose:

Deltoid Site: L R

Allergies:

(30-minute observation period required if history of severe allergy to any vaccine or injectable medication)