

الموافقة على التطعيم ضد كوفيد-19 وعلى العلاج المتعلق به للقاصرين- من عمر 5 إلى 12 سنة
ينبغي الحصول على الموافقة لتطعيم المرضى الذين تقل أعمارهم عن 18 عاماً دون حضور أحد الوالدين / الممثل القانوني.

المريض القاصر	
الإسم	تاريخ الميلاد
العنوان	
جهة الإتصال في حالة الطوارئ	
الإسم	صلته بالقاصر
رقم الهاتف	

بصفتي: والد(ة) المريض القاصر الوصي القانوني على المريض القاصر
 شخص آخر لديه سلطة إتخاذ قرارات الرعاية الصحية نيابةً عن المريض القاصر،
 حدّد العلاقة القانونية: _____

أصادق هنا على ما يلي:

- يتراوح عمر المريض القاصر بين 5 و12 سنة.
- لدي السلطة القانونية للموافقة على إعطاء المريض القاصر لقاح فايزر-بيونتاك المضاد لكوفيد-19.
- أفهم أنّ إدارة الغذاء والدواء الأمريكية ("FDA") قد أذنت بالإستخدام الطارئ للقاح فايزر-بيونتاك ضد كوفيد-19، وهو لقاح غير معتمد من قِبل الـ FDA
- لقد قمت بقراءة صحيفة الوقائع الخاصة بترخيص الإستخدام الطارئ للقاح فايزر-بيونتاك ضد كوفيد-19 للمتلقين ومقدمي الرعاية التي تمّ تزويدي بإمكانية الوصول إليها.
- أفهم المخاطر والفوائد المعروفة والمحمّلة للقاح فايزر-بيونتاك ضد كوفيد-19 ومدى عدم معرفة هذه المخاطر والفوائد.
- أفهم أنّ لدي الخيار لقبول أو رفض لقاح فايزر-بيونتاك ضد كوفيد-19 نيابةً عن المريض القاصر.
- أفهم أنّ لقاح فايزر-بيونتاك ضد كوفيد-19 هو عبارة عن جرعتين.
- أوافق على إستخدام جميع العلاجات الضرورية طبياً في الحالات النادرة التي يُظهر فيها المريض القاصر رد فعلٍ على اللقاح، على سبيل المثال لا الحصر الحكّة، والتورّم، والإغماء، والتحمّس المفرط، وغيرها من ردود الفعل.
- أوافق أنا والمريض القاصر على بقاء المريض القاصر في غرفة المراقبة للفترة الزمنية المطلوبة بعد تلقيه جرعة اللقاح.
- أوافق على إعطاء المريض القاصر جرعتين منفصلتين من لقاح فايزر-بيونتاك ضد كوفيد-19 يفصل بينهما ثلاثة أسابيع تقريباً.

إسم الوالد(ة)، الوصي القانوني، أو الشخص المخوّل؛ كتابةً _____ التاريخ _____

توقيع الوالد(ة)، الوصي القانوني، أو الشخص المخوّل _____ التاريخ _____