

TRƯỜNG:.....LỚP:.....STT:.....

PHIẾU ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN COVID-19

(ban hành theo mẫu Công văn số 8688/BYT/DP ngày 14/10/2021 của Bộ Y tế)

1. Tiêm chủng vắc xin là biện pháp phòng bệnh hiệu quả, tuy nhiên vắc xin phòng COVID-19 có thể không phòng được bệnh hoàn toàn; người được tiêm chủng vắc xin COVID-19 đủ liều có thể phòng được bệnh hoặc giảm mức độ nặng nếu mắc COVID-19. Sau khi được tiêm vắc xin phòng COVID-19 cần thực hiện đầy đủ thông điệp 5K phòng, chống dịch COVID-19.

2. Tiêm chủng vắc xin phòng COVID-19 có thể gây ra một số biểu hiện tại chỗ tiêm hoặc toàn thân, như: Sưng, đau chỗ tiêm, nhức đầu, buồn nôn, sốt, đau cơ ... hoặc tai biến nặng sau tiêm chủng.

3. Sau khi có triệu chứng bất thường về sức khỏe, người được tiêm chủng cần liên hệ với cơ sở y tế gần nhất để được tư vấn, khám và điều trị kịp thời.

Sau khi đã đọc các thông tin nêu trên, tôi đã hiểu về các nguy cơ và:

- Đồng ý cho trẻ em tiêm chủng - Không đồng ý cho trẻ em tiêm chủng

- Họ tên cha/mẹ hoặc người giám hộ:

- Số điện thoại:

- Họ tên trẻ, học sinh được tiêm chủng:

....., ngày tháng năm 2021

(cha, mẹ/người giám hộ)

(ký và ghi rõ họ tên)