

**ФОРМУЛЯР ЗГОДИ НА ОТРИМАННЯ ВАКЦИНИ ПРОТИ COVID-19**  
у місцях вакцинації Охорони публічного здоров'я Сіетлу та округи Кінг

Ім'я пацієнта \_\_\_\_\_

Дата народження \_\_\_\_\_

**Підтвердження:** Мені було надано можливість ознайомитись з інформаційним бюлетенем для одержуючих щеплення та доглядачів щодо вакцин проти COVID-19. Я розумію, що можу переглянути інформаційний бюлетень на місці вакцинації або в інтернеті (QR-код нижче).



**Інформаційний бюлетень про вакцину Pfizer-BioNTech проти COVID-19:**

[www.fda.gov/media/153716/download](http://www.fda.gov/media/153716/download)

Інформаційний бюлетень Pfizer-BioNTech щодо вакцини проти COVID-19, вік 5–11 років: [www.fda.gov/media/153717/download](http://www.fda.gov/media/153717/download)

**Інформаційний бюлетень про вакцину Moderna проти COVID-19:**

[www.fda.gov/media/144638/download](http://www.fda.gov/media/144638/download)

**Інформаційний бюлетень про вакцину Janssen/Johnson & Johnson проти COVID-19:**

[www.fda.gov/media/146305/download](http://www.fda.gov/media/146305/download)

Додаткову інформацію про вакцини проти COVID-19 можна знайти на сайті:

[kingcounty.gov/yourvaccine/ukrainian](http://kingcounty.gov/yourvaccine/ukrainian)

**Згода уповноваженого дорослого:** Я уповноважений дати згоду на те, що зазначений вище пацієнт може отримати цю вакцину. Я замовляю надати вакцину вищезазначеному пацієнту. Я розумію, що пацієнт повинен знаходитись у місті вакцинації від 15 до 30 хвилин після отримання вакцини, щоб спостерігати за потенційними негайними реакціями та побічними ефектами, пов'язаними з вакциною, та отримати медичне втручання, якщо це необхідно.

\_\_\_\_\_  
Підпис уповноваженого дорослого

\_\_\_\_\_  
Дата

**АБО**

**For Vaccine Site:**

Verbal consent by \_\_\_\_\_ given by \_\_\_\_\_ to \_\_\_\_\_ on \_\_\_\_\_  
Authorized Adult Name Phone/Device Staff Name Date

**Згода неповнолітнього:** Я- законно емансипована неповнолітня особа, неповнолітня особа, яка одружена з дорослим, або особа, яка була визначена зрілою у неповнолітньому віці. Я замовляю, щоб мені була надана вакцина. Я розумію, що повинен/повинна залишатися в місті вакцинації протягом 15-30 хвилин після прийому вакцини, щоб спостерігати за потенційними негайними реакціями та побічними ефектами, пов'язаними з вакциною, та отримувати медичне втручання, якщо це стане необхідно.

\_\_\_\_\_  
Підпис емансипованої/одруженої з дорослим /зрілої неповнолітньої особи

\_\_\_\_\_  
Дата