

Formulaire de consentement informé pour la vaccination contre le Covid-19

La pneumonie à coronavirus 2019 (appelé aussi le COVID-19) est une pandémie respiratoire aiguë émergente. Les symptômes cliniques se manifestent principalement par la fièvre, la toux sèche, la fatigue. Un petit nombre de patients présentent des symptômes tels que la congestion nasale, l'écoulement nasal, le mal de gorge, la conjonctivite, la myalgie et la diarrhée, etc. La plupart des patients ont un bon pronostic, tandis que l'état de quelques patients est grave. Avec la propagation de l'épidémie, elle constitue une menace sérieuse pour la santé publique dans le monde entier. Par conséquent, il est nécessaire de vacciner des personnes cibles en fonction des besoins actuels de la prévention et du contrôle de la pneumonie causée par le nouveau coronavirus.

【Types du vaccin】 Il existe actuellement quatre fabricants de vaccins contre le Covid-19 dont la commercialisation a été approuvée à titre conditionnel en Chine. Parmi lesquels, 3 sont inactivés, un est le vaccin à vecteur adénovirus ; en plus, un vaccin sous-unitaire recombinant (cellules CHO) a été approuvé pour une utilisation en urgence.

【Effet】 La vaccination peut stimuler le corps à produire l'immunité contre le Covid-19. Ces vaccins sont destinés à prévenir des maladies causées par le Covid-19.

【Effets indésirables】 Après la vaccination, des effets indésirables locaux se manifestent principalement la douleur à la position de vaccination, mais aussi des démangeaisons locales, des gonflements, des nodules durs et des rougeurs, etc. Les effets indésirables systémiques sont principalement la fatigue et la faiblesse, mais aussi la fièvre, les douleurs musculaires, le mal de tête, la toux, la diarrhée, les nausées, l'anorexie et les allergies, etc.

【Contre-indications à la vaccination】 Voir le mode d'emploi du vaccin pour les contre-indications à la vaccination. En général, les contre-indications à la vaccination comprennent : (1) les personnes allergiques aux vaccins ou à leurs composants du vaccin ; (2) les patients souffrant de maladies aiguës ; (3) les patients en exacerbation aiguë de maladies chroniques ; (4) les personnes ayant une fièvre ; (5) les femmes en période de grossesse.

【Consignes à observer】 Les personnes vaccinées se verront pendant 30 minutes après la vaccination ; si une inadaptation se produit après la vaccination, il faut consulter à temps un médecin et informer l'unité de vaccination. Comme d'autres vaccins, la vaccination ne peut pas fournir un effet de protection à 100% chez tous les receveurs. Les contenus susmentionnés sont présentés en détail dans le mode d'emploi du vaccin.

【Indemnisation pour des effets anormaux】 Après un diagnostic par enquête ou une expertise, il est conclu que des effets sont anormaux ou qu'ils ne peuvent pas être exclus, la compagnie d'assurance qui assure la vaccination contre des effets anormaux et qui est déterminée par le fabricant du vaccin par le biais de sa propre soumission sera responsable de l'indemnisation.

Veillez lire attentivement les contenus ci-dessus et fournir des informations véridiques sur l'état de santé et des éventuelles contre-indications à la vaccination des receveurs.

-----Cette colonne est remplie par le receveur ou son tuteur.

J'ai déjà été informé des informations ci-dessus, je m'engage à fournir des informations véridiques sur mon état de santé et des éventuelles contre-indications à la vaccination.

Receveur/Tuteur : Date: le _____ (jour) ____ (mois) ____ (année)

Relation entre le tuteur et le receveur : ☐Mère ☐Père ☐Autres (veuillez préciser)_____

Pour assurer une vaccination efficace et sûre, le prestataire de soins de santé demandera les informations de santé suivantes et fournira des avis médicaux.

Si vous avez de la fièvre, des maladies aiguës, se trouve en exacerbation aiguë de maladies chronique	☐ Oui	☐ Non
Si vous êtes allergique au vaccin ou à ses composant, si vous étiez allergique gravement au vaccin auparavant	☐ Oui	☐ Non
Si vous souffrez d'épilepsie non contrôlée, d'encéphalopathie, d'autres troubles neurologiques progressifs	☐ Oui	☐ Non
Si vous se trouve dans la période de grossesse	☐ Oui	☐ Non
Si vous souffrez de maladie chronique grave*	☐ Oui	☐ Non

* indique des précautions à prendre pour cette vaccination.

Avis médicaux : la vaccination inactivée contre le Covid-19 pour vous est

☐recommandée ☐reportée ☐non recommandée

Prestataire de soins de santé : Date: le _____ (jour) ____ (mois) ____ (année)

Téléphone : Unité de vaccination (cachet) :

J'ai fait l'objet d'une enquête de santé et j'accepte l'avis médical

Receveur/Tuteur : Date: le _____ (jour) ____ (mois) ____ (année)

Lettre d'engagement concernant la réception du vaccin contre le Covid-19

Je soussigné (e), sexe _____, né (e) le _____, est titulaire du passeport avec le numéro _____ ou de la carte d'identité de résident permanent étranger avec le numéro _____.

J'ai déjà lu attentivement le formulaire de consentement informé pour la vaccination contre le Covid-19. J'ai accepté les contenus du document susmentionné, je me fais vacciner volontairement et à mes frais contre le Covid-19. Je m'engage à informer sincèrement le personnel sur place de mon état de santé et des éventuelles contre-indications à la vaccination. J'ai compris clairement des types, des effets, des contre-indications du vaccin et des effets indésirables causés par la vaccination. Je me charge entièrement de tous les risques découlant de la vaccination.

Nom et prénom (en caractères d'imprimerie) :

Signature :

Date : le _____ (jour) _____ (mois) 2021