

佛蒙特州卫生部 COVID-19 疫苗接种第二剂 同意书

患者姓名：_____ 出生日期：_____

美国疾病控制与预防中心（CDC）发布：

COVID-19 疫苗产品的互换性

如有适应证，可使用任何当前获得美国 FDA 授权的 COVID-19 疫苗；ACIP 未声明产品偏好。但是，COVID-19 疫苗不可互换。尚未评估混合产品系列的安全性和有效性。两剂疫苗的接种系列都应使用相同的产品完成。

在无法确定或不再能够获得第一剂所接种 mRNA 疫苗产品的特殊情况下，可以在至少 28 天间隔使用任何可用的 mRNA COVID-19 疫苗进行第二剂接种，以完成 mRNA COVID-19 疫苗接种系列。在暂时无法获得相同的 mRNA 疫苗产品的情况下，与使用不同产品混合系列疫苗相比，最好延迟第二剂接种时间（最多 6 周）并接种相同产品。如果在这些情况下（或无意间）接种了两剂不同的 mRNA COVID-19 疫苗产品，则此时不建议再接种任何一种产品。接种第二剂 mRNA 疫苗的 2 周后，此类人群被认为已完全接种针对 COVID-19 的疫苗。

尚未确定在接种一剂 mRNA COVID-19 疫苗后接种 Janssen COVID-19 疫苗的安全性和有效性。但是，在有限的特殊情况下，患者接种了第一剂 mRNA COVID-19 疫苗，但无法用相同或不同的 mRNA COVID-19 疫苗（例如，由于禁忌症）完成整个接种系列，可以考虑从 mRNA COVID-19 疫苗接种日开始至少间隔 28 天后接种单剂 Janssen COVID-19 疫苗。在接种完一剂 mRNA COVID-19 疫苗后接种 Janssen COVID-19 疫苗的患者应被视为已接种有效的单剂量 Janssen 疫苗（而非混合疫苗接种），接种单剂 Janssen 疫苗的 2 周后，被认为已完全接种针对 COVID-19 的疫苗。

- 本人已告知诊所工作人员本人认为自己（或上述患者）第一剂所接种 COVID-19 疫苗产品的真实准确名称（即，Pfizer-BioNTech、Moderna）。
- 本人已告知诊所工作人员本人认为自己（或上述患者）接种第一剂 COVID-19 疫苗的真实准确日期。
- 本人了解，佛蒙特州卫生部和该疫苗接种诊所无法验证本人（或上述患者）之前所接受的第一剂接种的准确性（即，Pfizer-BioNTech、Moderna）。
- 本人已阅读美国疾病控制与预防中心（CDC）有关 COVID-19 疫苗产品互换性的上述材料，这些材料讨论的是改变第二剂疫苗类型的相关事宜。



佛蒙特州卫生部
COVID-19 疫苗接种第二剂
同意书

- 本人了解，尚未研究和确定接种两种不同类型 COVID-19 疫苗（例如，第一剂为 Moderna 疫苗，第二剂为 Pfizer-BioNTech 疫苗）的安全性和有效性。

患者签名： _____

同意书签署日期： _____

父母/法定监护人签名*（如果患者未满 18 岁） _____

*如果未成年人由国家监护，则需要授权代表签名。

父母/法定监护人姓名（请用正楷书写）： _____

父母/法定监护人日间使用的电话号码**： _____

**如果父母/法定监护人不会陪同前往诊所。