



Dành cho người trưởng thành và
trẻ vị thành niên từ 16 tuổi trở lên

Biểu mẫu tự tuyên bố miễn trừ tiêm chủng vắc-xin COVID-19

Thông qua ủy quyền sử dụng khẩn cấp, các sản phẩm vắc-xin Covid-19 được cung cấp và quản lý sử dụng trong cộng đồng. Các sản phẩm vắc-xin Covid-19 này đã được nhận định có liên quan đến các phản ứng có hại từ trung bình đến nặng và tử vong trong một tỷ lệ nhỏ những người đã tiếp nhận chủng ngừa. Các thử nghiệm Giai đoạn 3 và giám sát sau tiếp thị hiện nay không thể cung cấp dữ liệu về tính an toàn dài hạn để có thể dự đoán các nhóm dân số nào có khả năng chịu rủi ro nhất đối với các phản ứng này. Mặt khác, các đánh giá lâm sàng đã xác định một loạt các điều kiện hoặc lịch sử y tế cá nhân có khả năng tăng nguy cơ phản ứng y tế nghiêm trọng (xem bảng B). Cùng với các cá nhân từng nhiễm Covid-19 và có khả năng miễn dịch tự nhiên, các cá nhân với những mối quan tâm y tế như thế có căn cứ chính đáng để không đồng ý tiêm chủng các sản phẩm vắc-xin Covid-19. Những cá nhân như vậy có thể lựa chọn sử dụng các phương pháp khác để giảm nguy cơ truyền nhiễm COVID-19, cũng như giảm khả năng phát triển bệnh Covid-19 nghiêm trọng. Luật pháp Anh Quốc và luật pháp quốc tế tôn trọng quyền cá nhân có thể từ chối bất kỳ việc chữa trị hay can thiệp y tế nào mà không bị phạt, bị hạn chế hay bị giới hạn các quyền được bảo hộ, vì như thế sẽ lập thành ép buộc hay cưỡng bách.

BẢNG A

Họ tên:	
Địa chỉ thường trú:	
Thành phố:	Tỉnh/Quận hạt/ Tiểu bang:
Mã vùng:	Quốc gia:
Địa thoại liên lạc:	Email:
Ngày tháng năm sinh (NgNg/TT/NNNN) [nếu liên quan]:	
Quốc tịch [nếu liên quan]:	
Số hộ chiếu [nếu liên quan]:	

BẢNG B

- Tôi có tiền sử bệnh án cá nhân và/hoặc gia đình về các phản ứng dị ứng, phản vệ hoặc suy nhược nghiêm trọng đối với một hay nhiều loại thức ăn, thuốc, vắc-xin hoặc các hoá chất trong môi trường
- Tôi có tiền sử bệnh án cá nhân và/hoặc gia đình liên quan đến một hoặc nhiều điều kiện hoặc bệnh tự miễn
- Tôi có tiền sử bệnh án cá nhân và/hoặc gia đình liên quan đến hội chứng mệt mỏi mãn tính hoặc các triệu chứng bệnh lý sau khi nhiễm vi-rút
- Tôi có tiền sử bệnh án cá nhân và/ hoặc gia đình liên quan các bệnh hay triệu chứng thần kinh hay viêm nhiễm
- Tôi có khó khăn trong học tập, chứng rối loạn tự kỷ, hay các khuyết tật phát triển khác
- Tôi đang được theo dõi y tế bệnh lý nghiêm trọng hay mạn tính
- Tôi lo ngại về các hệ quả lâu dài chưa được xác định của vắc-xin COVID-19, trong đó bao gồm các ảnh hưởng liên quan đến khả năng sinh sản hay hệ miễn dịch như hiện tượng tăng nặng bệnh lý phụ thuộc kháng thể (ADE), tự miễn dịch, dị ứng, hoặc các biến chứng khác có thể xảy ra
- Tôi từ chối tiêm chủng vắc-xin COVID-19 do thiếu các thông tin dữ liệu đầy đủ về an toàn lâu dài, và/hoặc các nguyên nhân tôn giáo hay triết lý khác
- Tôi đã nhiễm, hoặc tôi tin rằng bản thân đã nhiễm COVID-19, và hiện đã có hoặc có khả năng đã có được miễn dịch tự nhiên

XÁC NHẬN

Tôi xin cam đoan rằng các thông tin được điền ở biểu mẫu này là chính xác và đúng với những gì tôi biết và tin tưởng. Tôi có mối quan tâm về y tế, tôn giáo hay triết học và vì thế không đồng ý tiêm chủng vắc-xin COVID-19.

Ghi rõ họ tên:

Chữ ký:

Ngày tháng năm: