

**PHIẾU CAM KẾT**  
**ĐỒNG Ý THAM GIA TIÊM CHỦNG VẮC XIN COVID-19 ĐỐI VỚI TRẺ EM**

---

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 phòng 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. 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 (*bố/mẹ/người giám hộ*).....  
đã hiểu về các nguy cơ và:

Đồng ý tiêm chủng

Không đồng ý tiêm chủng

- Họ tên trẻ được tiêm chủng:.....
- Số điện thoại: .....
- Họ tên bố/mẹ/người giám hộ: .....
- Số điện thoại: .....

....., ngày.....tháng.....năm 202...  
(Ký, ghi rõ họ tên bố/mẹ/người giám hộ)