

Comirnaty – Vaksin mRNA COVID-19 (Fosun Pharma/BioNTech)



Formulir Persetujuan Program Vaksinasi COVID-19
– Untuk anak yang akan menerima Comirnaty dengan dosis yang diperkecil, mencakup anak berusia antara 5 hingga 11 tahun; dan anak yang baru menginjak usia 12 tahun sementara dosis pertama diberikan saat anak masih berusia 11 tahun

Sebelum mengisi formulir persetujuan, harap baca (1) Lembar Fakta Vaksinasi dan (2) Pertanyaan yang Paling Sering Diajukan di situs web berikut:

- (1) https://www.covidvaccine.gov.hk/pdf/COVID19VaccinationFactSheet_Comirnaty_ENG.pdf
 (2) https://www.covidvaccine.gov.hk/pdf/FAQ_children_adolescents_ENG.pdf

(1)

(2)



Harap isi formulir ini dengan huruf KAPITAL menggunakan bolpoin hitam atau biru dan bubuhkan tanda “✓” di kotak yang tersedia dan *coret bilamana perlu.

Bagian 1. Data Pribadi Penerima Vaksin (sebagaimana tertera pada dokumen identitas)

| Informasi Pribadi | |
|--|---|
| Nama Sekolah: _____ | Kelas: _____ No. Kelas: _____ |
| Nama: _____ (bahasa Inggris) (nama keluarga) (nama depan) | |
| _____ (bahasa Mandarin) (nama keluarga) (nama depan) | |
| Tanggal Lahir: _____ / _____ / _____ (Tgl/Bln/Thn) | Jenis Kelamin: _____ |
| Dokumen Identitas (Bubuhkan tanda “✓” di kotak dan isi nomor dokumen sebagaimana mestinya) | |
| <input type="checkbox"/> No. Kartu Identitas Hong Kong: _____ Diterbitkan Tanggal: _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn) | _____ () Simbol HKIC: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> U |
| <input type="checkbox"/> No. Registrasi Akta Kelahiran Hong Kong: _____ | _____ () |
| <input type="checkbox"/> No. Izin Masuk Kembali Hong Kong (Diawali dengan "RM" / "RS"): Diterbitkan Tanggal: _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn) | R _____ () |
| <input type="checkbox"/> No. Registrasi Akta Kelahiran Hong Kong: No. Dokumen Identitas HKSAR (Diawali dengan "D") : Diterbitkan Tanggal: _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn) | D _____ () |
| <input type="checkbox"/> Izin Tinggal di HKSAR (ID 235B) – No. Entri Kelahiran: Diizinkan tinggal sampai: _____ / _____ / _____ (tgl/bln/thn) | _____ () |
| <input type="checkbox"/> No. Dokumen Perjalanan Non-Hong Kong (misalnya paspor asing): No. Visa/Referensi HKSAR: _____ | _____ - _____ - _____ () |
| <input type="checkbox"/> Akta yang diterbitkan oleh Pencatatan Kelahiran untuk anak adopsi – No. Entri: _____ | _____ / _____ () |
| <input type="checkbox"/> Jika penerima bukan merupakan pemegang dokumen tersebut di atas, mohon lampirkan SALINAN dokumen identitas yang lain. | Nomor dokumen: _____ |

Bagian 2: Persetujuan terhadap Pemberian Vaksinasi COVID-19

Saya menyetujui (a) pemberian Vaksinasi COVID-19 untuk **anak saya/anak perwalian saya*** berdasarkan Program Vaksinasi COVID-19 (lihat perincian di Bagian 3); dan (b) akses dan penggunaan oleh Departemen Kesehatan dan lembaga terkait yang bekerja sama dengan Pemerintah (termasuk Universitas Hong Kong) terhadap data klinis **anak saya/anak perwalian saya*** yang dihimpun oleh Otoritas Rumah Sakit serta fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga pelayanan kesehatan swasta yang relevan dalam rangka memantau keamanan dan peristiwa klinis terkait dengan Vaksinasi COVID-19 yang dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan secara kontinu sepanjang akses dan penggunaan tersebut diperlukan untuk tujuan tersebut.

Bagian 3: Perincian Vaksinasi COVID-19

Catatan: Formulir persetujuan diperlukan untuk setiap dosis vaksinasi

A. Jenis, Dosis¹ dan Urutan Dosis vaksinasi COVID-19 (Bubuhkan tanda “✓” di kotak yang paling sesuai)

| Comirnaty – Vaksin mRNA COVID-19 (Fosun Pharma/BioNTech) – Dosis yang diperkecil¹ | | |
|---|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Dosis pertama | <input type="checkbox"/> Dosis kedua | <input type="checkbox"/> Lainnya, sebutkan dosis ke-: _____ |

¹Dosis untuk anak berusia 5 hingga 11 tahun adalah sepertiga dosis dewasa, tetapi komposisinya sama dengan vaksin dewasa. Anak berusia antara 5 dan 11 tahun harus mendapatkan dosis kedua vaksin BioNTech dalam rentang waktu 12 minggu (84 hari) setelah menerima dosis pertama. Anak berusia di bawah 12 tahun yang telah menerima sepertiga dosis dewasa dan akan menginjak usia 12 tahun saat menerima dosis kedua harus menerima dosis yang sama untuk injeksi dosis keduanya (yakni sepertiga dosis dewasa) di Pusat Vaksinasi Masyarakat Khusus Anak. Namun, mereka juga diperbolehkan untuk mendapatkan dosis penuh untuk injeksi dosis keduanya melalui pendaftaran secara daring (https://booking.covidvaccine.gov.hk/forms/index_tc.jsp), sama seperti penerima vaksin berusia 12 tahun ke atas.

B. Comirnaty tidak boleh diberikan kepada individu dengan kondisi berikut

| Jika penerima vaksin memiliki kondisi(-kondisi) berikut, bubuhkan ✓ pada <input type="checkbox"/> di bawah ini. | |
|--|--------------------------|
| <ul style="list-style-type: none">● Riwayat reaksi alergi terhadap dosis Comirnaty sebelumnya, atau terhadap zat aktif atau bahan lain dari obat ini² | <input type="checkbox"/> |

²Mencakup [(4-hidroksibutil)azanedil] bis(heksana-6,1-dii)bis (2-heksildekanoat)(ALC-0315)/2-[(polietilen glikol)-2000]-N, N-ditetradesilasetamid (ALC-0159)/ 1,2-Distearoil-sn-glisero-3-fosfokolin (DSPC)/ kolesterol / kalium klorida / kalium dihidrogen fosfat / natrium klorida / dinatrium fosfat dihidrat / sukrosa / air untuk injeksi

Bagian 4: Pernyataan dan Tanda Tangan

Diisi oleh orang tua/wali

Saya telah membaca dan memahami informasi dalam Lembar Fakta Vaksinasi untuk vaksin COVID-19 yang diperinci pada Bagian 3, termasuk kontraindikasi (dan potensi efek samping) dari vaksinasi COVID-19, produk vaksin tersebut disahkan berdasarkan Peraturan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Penggunaan Vaksin) (Cap. 599K) untuk tujuan yang difokuskan pada pencegahan infeksi COVID-19, tetapi belum terdaftar berdasarkan Ordonansi Farmasi dan Racun (Cap. 138), serta **memberikan persetujuan** atas nama anak saya/anak perwalian saya* untuk menerima vaksin COVID-19 yang diperinci pada Bagian 3. Saya memiliki kesempatan untuk mengajukan pertanyaan dan semua pertanyaan saya telah terjawab dengan memuaskan. Saya juga sangat memahami kewajiban dan tanggung jawab saya berdasarkan formulir persetujuan ini dan Pernyataan(-Pernyataan) Tujuan Pengumpulan Data Pribadi.

Saya memahami bahwa penggunaan Vaksin mRNA – Comirnaty dengan dosis yang diperkecil pada anak berusia lima hingga sebelas tahun tidak tertera pada brosur resmi Comirnaty yang disahkan berdasarkan Peraturan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Penggunaan Vaksin) (Cap. 599K). Tindakan ini merupakan penggunaan di luar petunjuk label yang diizinkan dalam program Pemerintah berdasarkan Peraturan Pencegahan dan Pengendalian Penyakit (Penggunaan Vaksin) (Cap. 599K), dengan memperhatikan rekomendasi dari (para) panel/komite ahli yang ditunjuk oleh Pemerintah setelah menimbang situasi epidemi saat ini dan di masa mendatang, serta data efikasi dan keamanan relevan yang telah dipublikasikan. Pihak yang meresepkan, menyalurkan, atau bertanggung jawab untuk memberikan vaksin dengan dosis yang diperkecil kepada anak saya/anak perwalian saya* bertindak sesuai dengan arahan Pemerintah dalam program Pemerintah.

Saya menegaskan bahwa, dengan membubuhkan tanda tangan di bawah, menyetujui (a) pemberian Vaksinasi COVID-19 untuk anak saya/anak perwalian saya* berdasarkan Program Vaksinasi COVID-19 (lihat perincian di Bagian 3); dan (b) akses dan penggunaan oleh Departemen Kesehatan dan lembaga terkait yang bekerja sama dengan Pemerintah (termasuk Universitas Hong Kong) terhadap data klinis anak saya/anak perwalian saya* yang dihimpun oleh Otoritas Rumah Sakit serta fasilitas pelayanan kesehatan dan tenaga pelayanan kesehatan swasta yang relevan dalam rangka memantau keamanan dan peristiwa klinis terkait dengan Vaksinasi COVID-19 yang dilaksanakan oleh Departemen Kesehatan secara kontinu sepanjang akses dan penggunaan tersebut diperlukan untuk tujuan tersebut.

Saya menyatakan bahwa informasi yang tertulis dalam formulir ini adalah benar.

Saya setuju untuk memberikan data pribadi anak saya/anak perwalian saya* dalam formulir ini untuk digunakan oleh Pemerintah dengan tujuan sebagaimana tertera dalam “Pernyataan Tujuan Pengumpulan Data Pribadi”. Saya memahami bahwa Pemerintah dapat sewaktu-waktu menghubungi saya untuk memverifikasi informasi dan menjadwalkan vaksinasi.

Untuk pemegang Kartu Identitas Pintar: Saya setuju untuk memberikan wewenang kepada Tenaga Kesehatan/pejabat publik untuk membaca data pribadi anak saya/anak perwalian saya* [terbatas pada No. Kartu Identitas Hongkong, Nama (dalam bahasa Inggris dan Mandarin), tanggal lahir, dan tanggal terbit Kartu Identitas Hong Kong] yang tersimpan dalam cip yang tersemat pada Kartu Identitas Pintar saya/anak saya/anak perwalian saya* untuk digunakan oleh Pemerintah dengan tujuan sebagaimana tertera dalam “Pernyataan Tujuan Pengumpulan Data Pribadi”.

Formulir persetujuan ini diatur oleh dan ditafsirkan sesuai dengan hukum Daerah Administratif Khusus Hong Kong dan saya, tanpa dapat dibatalkan, tunduk kepada yurisdiksi eksklusif Pengadilan Daerah Administratif Khusus Hong Kong.

Tanda Tangan Orang Tua/Wali*: _____

Nama Orang Tua/Wali* (dalam bahasa Inggris): _____

Hubungan: _____

HKID/Dokumen Identitas Lainnya
Jenis Dokumen dan Nomor Dokumen Orang Tua/Wali*: _____

No. Telepon Kontak: _____

Tanggal: _____

Bagian 5: Peningat untuk hari vaksinasi

- Seluruh penerima vaksin harus membawa (1) formulir persetujuan yang telah diisi lengkap dan (2) SALINAN ASLI dokumen identitas yang relevan pada hari vaksinasi DAN (3) Buku pedoman pelajar atau kartu pelajar dengan foto.
- Orang dewasa yang menemani, misalnya kerabat dewasa, asisten rumah tangga, atau guru diwajibkan untuk hadir secara langsung di tempat.
- Para ahli merekomendasikan anak dan remaja untuk menerima suntikan vaksin BioNTech secara intramuskular pada bagian anterolateral tengah paha, meskipun suntikan di lengan atas juga dapat dilaksanakan apabila diminta. Penerima vaksin dapat mengenakan pakaian longgar yang mudah digulung atau pakaian sesuai lainnya yang memudahkan proses vaksinasi.

Pernyataan Tujuan Pengumpulan Data Pribadi

(versi terjemahan hanya untuk referensi)

Penyediaan data pribadi bersifat sukarela. Jika Anda tidak memberikan informasi yang memadai, Anda mungkin tidak dapat menerima vaksinasi.

Tujuan Pengumpulan

1. Data pribadi yang diberikan akan digunakan oleh Pemerintah untuk satu tujuan atau lebih berikut:
 - (a) memeriksa bersama departemen dan organisasi pemerintah terkait tentang status penerima vaksin COVID-19;
 - (b) menginformasikan biro atau departemen dan organisasi pemerintah terkait untuk mengatur vaksinasi dan tindak lanjut setelah vaksinasi;
 - (c) untuk pembuatan, pemrosesan, dan pemeliharaan akun eHealth (Subsidi), serta administrasi dan pemantauan program vaksinasi COVID-19, termasuk namun tidak terbatas pada prosedur verifikasi secara elektronik dengan data yang disimpan oleh Departemen Imigrasi;
 - (d) mengalihkan ke Departemen Kesehatan dan organisasi terkait yang bekerja sama dengan Pemerintah (termasuk Universitas Hong Kong) pemantauan terus-memantau keselamatan dan peristiwa klinis yang berkaitan dengan Vaksinasi COVID-19 berdasarkan Program Vaksinasi COVID-19;
 - (e) untuk tujuan statistik dan penelitian; dan
 - (f) pencegahan, perlindungan terhadap, perlambatan, atau dengan cara lain apa pun mengendalikan keterjangkitan atau penularan penyakit COVID-19, termasuk penelusuran kontak; dan
 - (g) tujuan sah lainnya yang mungkin diwajibkan, disahkan, atau diizinkan oleh hukum.

Kelas Penerima Pengalihan

2. Data pribadi yang Anda berikan akan dialihkan ke Pemerintah dan juga dapat diungkapkan oleh Pemerintah kepada agennya, organisasi lain, dan pihak ketiga untuk tujuan yang disebutkan dalam paragraf 1 di atas, jika diperlukan.

Akses ke Data Pribadi

3. Anda berhak untuk meminta akses dan koreksi data pribadi Anda berdasarkan bagian 18 dan 22 dan prinsip 6, lampiran 1 Peraturan Data Pribadi (Privasi) (Cap. 486). Departemen Kesehatan dapat mengenakan biaya untuk memenuhi permintaan akses data.

Pertanyaan

4. Pertanyaan mengenai data pribadi yang diberikan, termasuk permintaan akses dan koreksi, harus ditujukan ke:

Executive Officer (Programme Management and Vaccination Division)

Alamat: Centre for Health Protection, Block A, 2/F, 147C Argyle Street, Kowloon

Nomor telepon.: 2125 2045