

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



แบบฟอร์มยินยอมสำหรับโปรแกรมการฉีดวัคซีน COVID-19
- สำหรับเด็กที่รับโดสพิเศษของ Comirnaty ได้แก่เด็กที่มีอายุระหว่าง 5 และ 11 ปี และเด็กที่เข้าสู่วัย 12 ปี ที่รับเข็มแรกในช่วงอายุ 11 ปี

ก่อนที่จะกรอกแบบฟอร์มยินยอม กรุณาอ่าน (1) เอกสารเกี่ยวกับการฉีดวัคซีน และ (2) คำถามที่พบบ่อยในเว็บไซต์ดังต่อไปนี้:

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

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

กรุณากรอกแบบฟอร์มนี้ในกล่องข้อความโดยใช้ปากกาดำหรือน้ำเงิน และใส่เครื่องหมาย ✓ ในช่องที่เหมาะสม และ*ลบตามความเหมาะสม

ส่วนที่ 1. รายละเอียดส่วนบุคคลของผู้รับวัคซีน (ตามที่ระบุไว้ในเอกสารระบุตัวตน)



ข้อมูลส่วนบุคคล	
ชื่อโรงเรียน: _____ ชั้น: _____ ห้อง: _____	
ชื่อ: _____ (ภาษาอังกฤษ) (นามสกุล) (ชื่อจริง)	
_____ (ภาษาจีน) (นามสกุล) (ชื่อจริง)	
วันเกิด: _____/_____/_____ (ว/ด/ป) เพศ: _____	
เอกสารระบุตัวตน (กรุณาใส่เครื่องหมาย "✓" ลงในช่องและกรอกหมายเลขเอกสารให้ถูกต้อง)	
<ul style="list-style-type: none"> • หากผู้รับวัคซีนมี บัตรประจำตัวฮ่องกง (HKIC), กรุณากรอกข้อมูลในส่วนของ HKIC • หากผู้รับวัคซีน ไม่มีบัตรประจำตัวฮ่องกง กรุณากรอกหมายเลขสูติบัตรของฮ่องกง; แต่ถ้าหากผู้รับวัคซีนไม่ได้เกิดในฮ่องกง กรุณากรอกหมายเลขบัตรประจำตัวที่เกี่ยวข้อง 	
<input type="checkbox"/> หมายเลขบัตรประจำตัวฮ่องกง: วันที่ออก: _____/_____/_____ (ว/ด/ป)	_____ () HKIC Symbol: <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> C <input type="checkbox"/> R <input type="checkbox"/> U
<input type="checkbox"/> หมายเลขสูติบัตรฮ่องกง:	_____ ()
<input type="checkbox"/> หมายเลขใบอนุญาตกลับเข้าฮ่องกง (เริ่มต้นด้วย "RM" / "RS"): วันที่ออก: _____/_____/_____ (ว/ด/ป)	R _____ ()
<input type="checkbox"/> หมายเลขสูติบัตรฮ่องกง หมายเลขประจำตัวเอกสารฮ่องกง (เริ่มต้นด้วย "D") : วันที่ออก: _____/_____/_____ (ว/ด/ป)	D _____ ()
<input type="checkbox"/> อนุญาตให้อยู่ในฮ่องกง (ID 235B) - หมายเลขการเกิด: อนุญาตให้อยู่ในฮ่องกงจนถึง: _____/_____/_____ (ว/ด/ป)	_____ ()
<input type="checkbox"/> หมายเลขเอกสารเดินทางที่ไม่ใช่ฮ่องกง (เช่น หนังสือเดินทางชาวต่างชาติ): วิชาฮ่องกง / หมายเลขอ้างอิง: _____	_____ ()
<input type="checkbox"/> ใบรับรองที่ออกโดยสำนักทะเบียนการเกิดสำหรับบุตรบุญธรรม-หมายเลขเอกสาร:	_____/_____ ()
<input type="checkbox"/> หากผู้รับวัคซีนไม่อยู่ในหมวดที่กล่าวมาข้างต้น กรุณาแสดง สำเนา ของเอกสารยืนยันตัวตนอื่นๆ	หมายเลขเอกสาร: _____

ส่วนที่: ยินยอมให้ดำเนินการฉีดวัคซีน COVID-19

- ข้าพเจ้ายินยอม(a)ให้ดำเนินการฉีดวัคซีน COVID-19 แก่บุตร/ผู้อยู่ใต้ปกครอง* ของข้าพเจ้า ภายใต้โปรแกรมการฉีดวัคซีน COVID-19 (ดูรายละเอียดในส่วนที่3) และ(b) การเข้าถึงและนำไปใช้โดยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งร่วมกับรัฐบาล(ได้แก่ มหาลยฮองกง) ในข้อมูลทางคลินิกของบุตร/ผู้อยู่ใต้ปกครองของข้าพเจ้า* ให้ไว้โดยหน่วยงานพยาบาลและศูนย์สุขภาพเอกชนที่เกี่ยวข้องและบุคลากรทางการแพทย์เพื่อตรวจสอบความปลอดภัยอย่างต่อเนื่องและกิจกรรมทางคลินิกที่เกี่ยวกับการฉีดวัคซีน COVID-19 โดยกระทรวงสาธารณสุขทราบเท่าที่การเข้าถึงและการใช้ดังกล่าวมีความจำเป็นตามวัตถุประสงค์

ส่วนที่ 3: รายละเอียดของการฉีดวัคซีน COVID-19

หมายเหตุ: ต้องใช้แบบฟอร์มความยินยอมสำหรับการฉีดวัคซีนแต่ละเข็ม

A. ประเภท เข็ม¹ และ ลำดับเข็มของการฉีดวัคซีน COVID-19 (ใส่เครื่องหมาย "✓" ในช่องที่เหมาะสมที่สุด)

Comirnaty – COVID-19 mRNA Vaccine (Fosun Pharma/BioNTech) – ปริมาณเศษส่วน ¹		
<input type="checkbox"/> เข็มแรก	<input type="checkbox"/> เข็มสอง	<input type="checkbox"/> อื่นๆ กรุณาระบุ: _____ เข็ม

¹ปริมาณสำหรับเด็กอายุ 5ถึง11ปี คือหนึ่งในสามของผู้ใหญ่ แต่เป็นส่วนผสมเดียวกันกับผู้ใหญ่ เด็กอายุระหว่าง 5ถึง 11ปีควรรับเข็มสองเป็นวัคซีน BioNTech หลังจาก 12สัปดาห์(84วัน) จากเข็มแรก เด็กที่อายุต่ำกว่า 12ปีที่รับในปริมาณหนึ่งในสามของผู้ใหญ่และจะเข้าสู่วัย12ปีโดยในช่วงการรับเข็มสองของพวกเขา ควรจะรับในปริมาณเดิมต่อไป สำหรับเข็มที่สอง(เช่น หนึ่งในสามของผู้ใหญ่)กับทางศูนย์การฉีดวัคซีนชุมชน อย่างไรก็ตาม พวกเขาสามารถเลือกรับแบบเต็มโดสได้สำหรับเข็มที่สองจองผ่านทางออนไลน์

(https://booking.covidvaccine.gov.hk/forms/index_tc.jsp) เหมือนกับผู้ที่มีอายุ 12ปีขึ้นไป

B. Comirnaty ไม่ควรให้แก่บุคคลที่มีอาการดังต่อไปนี้

หากผู้ที่รับวัคซีนมีอาการดังต่อไปนี้ กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง <input type="checkbox"/> ด้านล่างอย่างเหมาะสม	<input type="checkbox"/>
● ประวัติการแพ้ยา Comirnaty หรือ สารออกกฤทธิ หรือส่วนผสมของยาอื่นๆ ²	<input type="checkbox"/>

²ได้แก่ [(4-ไฮดรอกซีบิวทิล)อะซานไดอิล] บิส(เฮกเซน-6,1-ไดอิล)บิส (2-hexyldecanoate)(ALC-0315)/2-[(โพลีเอทิลีนไกลคอล)-2000]-N, N-ditetradecylacetamide (ALC-0159)/ 1,2-Distearoyl-sn-glycero-3-phosphocholine (DSPC)/ คอเลสเตรอล / โปแทสเซียมคลอไรด์/ โปแทสเซียมไดไฮโดรเจนฟอสเฟต/ โซเดียมคลอไรด์ / ไดโซเดียม ฟอสเฟตไดไฮเดรต/ ซูโครส / น้ำสำหรับฉีด

ส่วนที่4: รับทราบและลงนาม**กรอกโดยผู้ปกครอง/ผู้ดูแล**

ข้าพเจ้าได้อ่านและเข้าใจข้อมูลในเอกสารข้อเท็จจริงการฉีดวัคซีนสำหรับวัคซีน COVID-19 อย่างละเอียดแล้วในส่วนที่3 รวมไปถึงข้อห้ามของ การฉีดวัคซีน COVID-19 ผลิตภัณฑ์วัคซีนได้รับอนุญาตภายใต้ระเบียบการป้องกันและควบคุมโรค (การใช้วัคซีน)(Cap. 599K) เพื่อการป้องกันการติดเชื้อ COVID-19 แต่ยังไม่ได้อ่านระเบียบภายใต้กฎหมายเภสัชและสารพิษ (Cap.138) และ **ยินยอม** ในนามของบุตร/ผู้อยู่ใต้ปกครอง* เพื่อรับวัคซีน COVID-19 อย่างละเอียดในส่วนที่ 3แล้ว ข้าพเจ้ามีโอกาสสอบถามและได้รับคำตอบทั้งหมดเป็นที่น่าพึงพอใจ ข้าพเจ้ายังเข้าใจถึงภาระหน้าที่และความรับผิดชอบภายใต้แบบฟอร์มยินยอมนี้และคำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล

ข้าพเจ้าเข้าใจว่าการใช้ปริมาณเศษส่วนของ Comirnaty – mRNA Vaccine กับเด็กอายุ 5ถึง11ปีไม่ได้ อยู่ในรายการที่ระบุไว้ในกล่องที่ได้รับอนุมัติตามการอนุญาตของ Comirnaty ภายใต้ภายใต้ระเบียบ การป้องกันและควบคุมโรค (การใช้วัคซีน) (Cap. 599K). นี่เป็นการใช้นอกฉลากที่ได้รับอนุญาตใน โปรแกรมของรัฐบาลภายใต้ระเบียบการป้องกันและควบคุมโรค (การใช้วัคซีน) (Cap.599K) โดยคำนึงถึง คำแนะนำของคณะที่ปรึกษา/คณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญที่รัฐบาลแต่งตั้งให้พิจารณาสถานการณ์โรค ระบาดในปัจจุบันและที่คาดการณ์ไว้ ตลอดจนการเผยแพร่ข้อมูลที่มีประสิทธิภาพและปลอดภัย ผู้ที่ส่ง ง่าย แจกจ่าย หรือรับผิดชอบต่อการดำเนินการฉีดวัคซีนในปริมาณเศษส่วนต่อบุตร/ผู้ใต้ปกครองของ ข้าพเจ้า* จะดำเนินการตามคำสั่งของรัฐบาลในโครงการของรัฐบาล

ข้าพเจ้าขอยืนยันโดยการลงชื่อไว้ภายใต้นี้ ข้าพเจ้ายินยอม (ก) ให้ดำเนินการฉีดวัคซีนให้แก่บุตร/ผู้อยู่ ใต้ปกครองของข้าพเจ้า* ภายใต้โปรแกรมการฉีดวัคซีน COVID-19(ดูรายละเอียดส่วนที่ 3) และ(ข) การ เข้าถึงและนำไปใช้โดยกระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องซึ่งร่วมกับรัฐบาล(ได้แก่ มหาลย ฮ่องกง) ในข้อมูลทางคลินิกของบุตร/ผู้อยู่ใต้ปกครองของข้าพเจ้า* ที่ให้ไว้โดยหน่วยสถานพยาบาล และศูนย์สุขภาพเอกชนที่เกี่ยวข้องและบุคลากรทางการแพทย์เพื่อตรวจสอบความปลอดภัยอย่าง ต่อเนื่องและกิจกรรมทางคลินิกที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน COVID-19 โดยกระทรวงสาธารณสุขทราบเท่าที่ การเข้าถึงและการใช้ดังกล่าวมีความจำเป็นตามวัตถุประสงค์

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าข้อมูลที่ให้ไว้ในแบบฟอร์มนี้ถูกต้องทุกประการ

ข้าพเจ้ายินยอมที่จะให้ข้อมูลส่วนตัวของบุตร/ผู้ใต้ปกครองของข้าพเจ้า* ในแบบฟอร์มนี้ไว้สำหรับ หน่วยงานรัฐใช้เพื่อวัตถุประสงค์ในของ “คำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล” ข้าพเจ้าเข้าใจว่ารัฐบาลอาจจะติดต่อกับข้าพเจ้าเพื่อยืนยันข้อมูลและเตรียมการฉีดวัคซีน

สำหรับผู้ถือบัตรประจำตัวแบบสมาร์ทการ์ด: ข้าพเจ้ายินยอมอนุญาตให้ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ/ เจ้าหน้าทีรัฐอ่านข้อมูลส่วนบุคคลของบุตร/ผู้ใต้ปกครองของข้าพเจ้า[จำกัดเฉพาะหมายเลขบัตร ประจำตัวประชาชนฮ่องกง..ชื่อ (ในภาษาจีน) วันเกิดและวันที่ออกบัตรประจำตัวฮ่องกง] บันทึกไว้ในชิ ปรอบตัวตนบัตรประชาชนสมาร์ทการ์ดของข้าพเจ้า/บุตร/ผู้ใต้ปกครองของข้าพเจ้า เพื่อให้รัฐบาลใช้ สำหรับวัตถุประสงค์ในการ “คำชี้แจงวัตถุประสงค์ในการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล”

แบบฟอร์มยินยอมนี้อยู่ภายใต้การตีความตามกฎหมายของเขตปกครองพิเศษฮ่องกง และข้าพเจ้า ยินยอมต่อเขตอำนาจศาลเฉพาะของศาลเขตปกครองพิเศษฮ่องกงโดยไม่สามารถเพิกถอนได้

ลายมือชื่อของผู้ปกครอง/ผู้ดูแล*: _____

ชื่อของผู้ปกครอง/ผู้ดูแล* (ภาษาอังกฤษ): _____

ความสัมพันธ์: _____

HKID/ เอกสารระบุตัวตนอื่นๆ

- ประเภทเอกสารและหมายเลขเอกสารของผู้ปกครอง/ผู้ดูแล*: _____

หมายเลขโทรศัพท์: _____

วันที่: _____

ส่วนที่ 5: ย้ำเตือนวันที่ฉีดวัคซีน

- ผู้รับวัคซีนทุกคนควรจะนำ(1)แบบฟอร์มยินยอมที่กรอกแล้ว และ(2) เอกสารระบุตัวตนที่เกี่ยวข้องตัวจริงมาในวันที่ ฉีดวัคซีน และ (3) คู่มือนักเรียนหรือบัตรนักเรียนที่มีภาพถ่าย
- ผู้ใหญ่ที่มาด้วย เช่น ญาติผู้ใหญ่ ผู้ติดตาม หรือครูในโรงเรียนจะต้องแสดงตัว ณ จุดฉีด
- เด็กและวัยรุ่นได้รับการแนะนำโดยผู้เชี่ยวชาญให้ฉีดวัคซีน BioNTech เข้ากล้ามเนื้อที่ด้านข้างของต้นขากลาง แม้ว่าพวกเขาต้องการฉีดที่ต้นแขนก็ตาม พวกเขาควรสวมเสื้อผ้าหลวมๆ ม้วนง่ายหรือชุดที่เหมาะสมเพื่อง่ายต่อการ ฉีดวัคซีน

การแจ้งวัตถุประสงค์ของเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล

(เวอร์ชันแปลใช้สำหรับการอ้างอิงเท่านั้น)

คุณให้ข้อมูลด้วยความสมัครใจ ถ้าคุณไม่ได้ให้ข้อมูลที่เพียงพอ คุณอาจไม่สามารถฉีดวัคซีนได้

วัตถุประสงค์ของเก็บรวบรวมข้อมูล

1. ข้อมูลส่วนบุคคลที่ให้ไว้จะถูกใช้โดยรัฐบาลสำหรับหนึ่งในวัตถุประสงค์ดังหรือมากกว่า ดังต่อไปนี้:
 - (a) การตรวจสอบกับหน่วยงานของรัฐและองค์กรที่เกี่ยวข้องกับสถานะการฉีดวัคซีน COVID-19
 - (b) แจ้งหน่วยงานของรัฐหรือกรมและองค์กรที่เกี่ยวข้องเพื่อจัดเตรียมการฉีดวัคซีนและติดตามผลหลังการฉีดวัคซีน
 - (c) สำหรับการสร้าง การดำเนินการและการบำรุงรักษาบัญชี eHealth (เงินอุดหนุน) และการบริหารและตรวจสอบโครงการฉีดวัคซีน COVID-19 ซึ่งรวมถึงแต่ไม่จำกัด ขั้นตอนการตรวจพิสูจน์ด้วยวิธีการทางอิเล็กทรอนิกส์ที่มีข้อมูลที่กรมตรวจคนเข้าเมืองเก็บไว้
 - (d) การโอนข้อมูลไปยังกรมอนามัยและองค์กรที่เกี่ยวข้องที่ร่วมมือกับรัฐบาล (เช่น มหาวิทยาลัยฮ่องกง) เพื่อติดตามความปลอดภัยและเหตุการณ์ที่เกี่ยวข้องกับการฉีดวัคซีน COVID-19 ภายใต้โครงการฉีดวัคซีน COVID-19 อย่างต่อเนื่อง
 - (e) การวิจัยและสถิติ และ
 - (f) การป้องกัน การปกป้อง ชะลอหรือความคุ้มครองเหตุการณ์ หรือการส่งต่อเชื้อ COVID-19 รวมไปถึงการติดตามการติดเชื้อ และ
 - (g) วัตถุประสงค์ที่ขอบด้วยกฎหมายอื่น ๆ ตามที่กฎหมายมีอำนาจหรืออนุญาต

ระดับการโอนข้อมูล

2. ข้อมูลส่วนบุคคลที่คุณให้ไว้จะถูกโอนไปยังรัฐบาลและรัฐบาลอาจเปิดเผยต่อตัวแทน องค์กรอื่น ๆ และบุคคลที่สามารถตามวัตถุประสงค์ที่ระบุไว้ในวรรค 1 ข้างต้น หากจำเป็น

การเข้าถึงข้อมูลส่วนบุคคล

3. คุณมีสิทธิ์ที่จะขอเข้าถึงและแก้ไขข้อมูลส่วนบุคคลของคุณภายใต้มาตรา 18 และ 22 และหัวข้อที่ 6 ตารางที่ 1 ของกฎหมายข้อมูลส่วนบุคคล (ความเป็นส่วนตัว) (บทที่ 486) กรมอนามัยอาจกำหนดค่าธรรมเนียมสำหรับคำขอเข้าถึงข้อมูล

ข้อสอบถามต่าง ๆ

4. ข้อสอบถามที่เกี่ยวข้องข้อมูลส่วนบุคคล เช่น คำขอการเข้าถึงและการแก้ไข ควรส่งไปที่:
Executive Officer (Programme Management and Vaccination Division)
ที่อยู่: Centre for Health Protection, Block A, 2/F, 147C Argyle Street, Kowloon
หมายเลขโทรศัพท์: 2125 2045