

## Pfizer COVID-19 खोप लगाउने नाबालकका लागि सूचित सहमति

म मेरो बच्चालाई खोप लगाउने क्लिनिकमा वा कानूनी वार्डमा साथ दिन असक्षम छु। म मेरो बच्चालाई खोप लगाउनु को लागि \_\_\_\_\_ ल्याउन मेरो अनुमति दिन्छु।

मैले पहिले नै Pfizer COVID-19 खोपसँग सम्बन्धित आपतकालीन प्रयोग अधिकार-पत्र सम्बन्धी तथ्य पानाको समीक्षा गरेको छु र त्यसमा पहुँच छ। मलाई खोप वा खोपको प्रक्रियाको बारेमा थप जानकारी आवश्यक परेमा, मेरो बच्चालाई ल्याउने व्यक्तिले खोप लगाइदिने व्यक्तिसँग कुरा गर्नको लागि फोनमार्फत मलाई सम्पर्क गर्नुहुनेछ।

कृपया निम्नमध्ये एउटामा ठीक चिन्ह लगाउनुहोस्

- \_\_\_\_\_ मैले अन-लाइनमा परीक्षणसम्बन्धी प्रश्नावली (एलर्जीहरू / अन्य स्वास्थ्य अवस्था/ आदि) गरेको छु  
\_\_\_\_\_ मैले परीक्षणसम्बन्धी प्रश्नावली प्रिन्ट / पूरा गरेको छु र त्यसलाई बच्चासँगै ल्याइनेछ  
\_\_\_\_\_ मेरो बच्चालाई ल्याउने व्यक्तिसँग परीक्षणसम्बन्धि प्रश्नावलीको लागि आवश्यक पर्ने चिकित्सा जानकारी छ वा थप जानकारीका लागि मलाई सम्पर्क गर्न सक्नुहुन्छ

मैले खोपका जोखिम र लाभहरूको बारेमा बुझेको छु र मैले आपतकालीन प्रयोगसम्बन्धी अधिकार अन्तर्गत मेरो बच्चालाई Pfizer BioNTech खोप लगाउनका लागि मेरो सहमति दिन्छु।

\_\_\_\_\_ बच्चाको पूरा नाम

\_\_\_\_\_ बच्चाको जन्म मिति  
(बच्चा कम्तीमा पनि 12 वर्ष उमेको हुनुपर्छ)

\_\_\_\_\_ आमाबुवा वा कानूनी अभिभावकको नाम

\_\_\_\_\_ हस्ताक्षर

\_\_\_\_\_ आजको मिति