

טופס אישור הסכמת הורה לחיסון ויפוי כוח לליווי ע"י מבוגר שאינו ההורה או האפוטרופוס

אישור הורה לחיסוני קורונה לקטינים בני 5-11 ומעלה

כידוע, נגיף קורונה החדש COVID-19 גורם לתחלואה משמעותית ומגפה כלל עולמית.

בהתאם למחקרים בנושא, וכפי שפורסם על ידי משרד הבריאות, חיסון נרחב של האוכלוסייה צפוי להביא לירידה משמעותית בתחלואה וחזרה לשגרה. חיסוני הקורונה שפותחו על ידי חברות פייזר ומודרנה אושרו על ידי ה-FDA (מנהל המזון והתרופות האמריקאי), לאחר שהוכיחו יעילות גבוהה במניעת תחלואה מקורונה. בהתאם להוראות היצרן ומשרד הבריאות, החיסון נגד קורונה של חברת פייזר, הנמצא כעת בשימוש רחב מגיל 12 ומעלה, מאושר באישור חירום למתן לבני 5-11.

לשם חיסון בנך/בתך, הנך נדרש לתת את הסכמתך לקבלת החיסון ולחתום על ההצהרה מטה:
אני הח"מ, _____ ת"ז _____ אב/אם/אפוטרופוס* (יש לסמן בעיגול)
של הקטין _____ ת"ז _____ מאשר/ת מתן חיסון נגד נגיף קורונה
לבני/בתי ע"י קופת חולים מכבי.
אני מצהיר/ה כי בני/בתי:

- מעל גיל 5.
 - לא סבל/ה בעבר מתגובה אלרגית חמורה מיידית מסכנת חיים ונזק/קה לטיפול רפואי בגינה (אנפילקסיס)
 - לא סובל/ת ממחלה חדה עם חום מעל 38 מעלות
 - לא פיתח/ה תגובה אלרגית חמורה מיידית מסכנת חיים ונזק/קה לטיפול רפואי בגינה (מסוג אנפילקסיס) לאחר המנה הקודמת של החיסון כנגד קורונה – מנת החיסון הראשונה, או כל אחד ממרכיביו.
- אם ידוע על תגובה אלרגית כלשהי לחומר/תרופה/מזון ו/או אם בנך/בתך הונחה ע"י רופא מטפל על נשיאת מזרק אפיפן, נא להשלים:

- בני/בתי פיתח/ה תגובה אלרגית ל _____ אשר התאפיינה ב _____
ולאחר התייעצות עם הרופא המטפל דר' _____ אין מניעה שיחוסן נגד קורונה.
- בני/בתי נושא מזרק אפיפן כן / לא

***במקרה של קטין שממונה לו אפוטרופוס, יש לצרף מסמך המעיד על האפוטרופוסות.**

אני מאשר/ת שההורה השני לא מתנגד לחיסון הקטין לעיל.

קראתי ו/או ידוע לי כי קיים מידע אודות החיסון באתר משרד הבריאות.
<https://govextra.gov.il/ministry-of-health/covid19-vaccine/home>

- ידוע לי כי בני/בתי חייב/ת להישאר במתחם החיסון להשגחה במשך 15 דקות לאחר מתן החיסון, או 30 דקות אם יש לו/לה רגישות או אלרגיה מיוחדים, לפי הוראות משרד הבריאות.
- ידוע לי שיש לפנות לקבלת טיפול רפואי או להתייעצות עם רופא, אם יופיעו תגובות לחיסון לאחר קבלתו, או אם ישתנה, באופן כלשהו, מצבו הגופני של בני/בתי לאחר קבלת החיסון.

ולראיה באתי על החתום,

חתימה

תאריך

ת"ז

שם האם/האב/האפוטרופוס

הנידון: אישור / ייפוי כח למבוגר מלווה קטין בגיל 5-11 לחיסון קורונה

אני הח"מ, הורה לילד: _____ מספר ת"ז: _____

מבקש/ת ומייפה בזאת את כוחו / כוחה של: _____

מספר ת"ז: _____

להגיע עם ילדי / ילדתי, להיות נוכח/ת במקומי ולפעול בשמי בכל הנוגע לקבלת החיסון.

אני לוקח/ת על עצמי את מלוא האחריות לביצוע החיסון בנוכחותו של מיופה הכח ושלא בנוכחותי האישית, ולכל השלכה ו/או תוצאה שהיא מכך,

לרבות תופעות לוואי / סיבוכים באם יארעו בעת ו/או לאחר החיסון ו/או כתוצאה ממנו ו/או מהמשך הטיפול כנדרש.

_____ שם האם/האב/האפוטרופוס
_____ ת"ז
_____ תאריך
_____ חתימה