



Самостоятельное подтверждение права на получение дозы вакцины

На следующей странице представлена форма подтверждения для получения стимулирующих доз для людей, привившихся 2 дозами вакцины Pfizer.

ЛЮДИ С УМЕРЕННО ИЛИ СИЛЬНО ОСЛАБЛЕННОЙ ИММУННОЙ СИСТЕМОЙ, КОТОРЫЕ УЖЕ ПРИВИЛИСЬ 2 ДОЗАМИ ВАКЦИНЫ PFIZER ИЛИ MODERNA

Если вы отвечаете [критериям](#), описанным Центрами по контролю и профилактике заболеваний (CDC), вам рекомендуется привиться 3-й дозой мРНК-вакцины (Pfizer или Moderna) как минимум через 28 дней после прививки 2-й дозой вакцины. По возможности, вам следует привиться той же самой вакциной. Например, если вы привились серией вакцины Pfizer, постарайтесь привиться 3-й дозой вакцины Pfizer.

Проконсультируйтесь со своим врачом о необходимости прививки дополнительной дозой вакцины от COVID-19. Если вам необходимо привиться 3-й дозой, спросите о наиболее подходящем времени для этого, исходя из вашего текущего плана лечения. Это особенно важно, если вы собираетесь начать или возобновить иммуноподавляющую терапию.

Я подтверждаю, что имею иммунную недостаточность и имею право привиться третьей дозой вакцины на основании нижеуказанных критериев.

- Я привился второй дозой вакцины Moderna или Pfizer как минимум 28 дней назад, И
- Я:
 - Получаю противораковую терапию для лечения опухолей или рака крови, ИЛИ
 - Сделал пересадку органа и принимаю лекарства для подавления иммунной системы, ИЛИ
 - Сделал пересадку стволовой клетки в течение последних 2 лет или принимаю лекарства для подавления иммунной системы, ИЛИ
 - Имею умеренный или тяжелый первичный иммунодефицит (например, синдром Ди Георге, синдром Вискотта-Олдрича), ИЛИ
 - Имею развившуюся или нелеченую инфекцию ВИЧ, ИЛИ
 - Прохожу лечение с применением высокодозированных кортикостероидов или других препаратов для подавления моего иммунного ответа.

Подпись: _____

Имя и фамилия: _____

Дата: _____

Вам важно продолжать защищать себя после прививки 3-й дозой вакцины, в том числе носить плотно прилегающую маску, соблюдать физическую дистанцию, избегать многолюдных мест или помещений с плохой вентиляцией воздуха и часто мыть руки. Рассмотрите возможность использования «[двойной маски](#)» (ношения тканевой маски поверх хирургической) или респиратора N95 для более высокого уровня защиты.

Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с информационными бюллетенями для реципиентов вакцины [Moderna](#) или [Pfizer](#) и лиц, ухаживающих за ними, а также посетите веб-страницу CDC «[Вакцины COVID-19 для людей с умеренно или сильно ослабленной иммунной системой](#)».



На предыдущей странице представлена форма подтверждения для получения дополнительной дозы для людей с иммунодефицитом.

ЛЮДИ, ИМЕЮЩИЕ ПРАВО НА ПОЛУЧЕНИЕ СТИМУЛИРУЮЩЕЙ ДОЗЫ ВАКЦИНЫ PFIZER

Я подтверждаю, что имею право на получение стимулирующей дозы вакцины на основании нижеперечисленных критериев.

- Я привился второй дозой вакцины Pfizer от COVID-19 как минимум 6 месяцев назад И
 - Мне 65 лет или более, ИЛИ
 - Я проживаю в учреждении длительного ухода, ИЛИ
 - Мне от 50 до 64 лет, и у меня есть социальные и экономические риски, из-за которых я подвержен повышенному риску заражения COVID-19, ИЛИ
 - Мне от 18 до 64 лет, и у меня есть одно из следующих медицинских заболеваний/состояний:
 - Рак
 - Хроническая почечная недостаточность
 - Хроническое заболевание легких
 - Слабоумие или другое неврологическое заболевание
 - Диабет (1-го или 2-го типа)
 - Синдром Дауна
 - Болезни сердца
 - ВИЧ-инфекция
 - Иммунная недостаточность (ослабленная иммунная система)
 - Болезнь печени
 - Лишний вес или ожирение (индекс массы тела (ИМТ) выше 25 кг/м²)
 - Беременность или недавняя беременность (до 42 дней после окончания беременности)
 - Серповидноклеточная анемия или талассемия
 - Курильщик, в настоящем или прошлом времени
 - Пересадка цельного органа или стволовой клетки крови
 - Инсульт или нарушение мозгового кровообращения, влияющее на поступление крови к мозгу
 - Расстройство, вызванное употреблением психоактивных веществ
- Мне от 18 до 64 лет, и я подвержен повышенному риску заражения и передачи COVID-19, связанному с местом моей работы или учебы, или из-за того, что я являюсь одним из нижеперечисленных [работников](#):
 - Работник экстренных служб (медицинские работники, пожарные, полицейские, работники конгрегации)
 - Работник образовательных учреждений (учителя, школьный персонал, работники детских садов)
 - Работник предприятий пищевой промышленности и сельского хозяйства
 - Производственный рабочий
 - Работник исправительных учреждений
 - Работник почтовой службы США
 - Работник общественного транспорта
 - Работник продуктовых магазинов

Подпись: _____

Имя и фамилия: _____ Дата: _____

Если у вас есть заболевание, которого нет в списке, или у вас есть вопросы о рисках и пользе стимулирующей дозы, проконсультируйтесь со своим врачом. Для получения дополнительной информации ознакомьтесь с информационным бюллетенем для реципиентов вакцины [Pfizer](#) и лиц, ухаживающих за ними, а также посетите веб-страницу CDC «[Вакцины для COVID-19](#)».

При отсутствии доступа к принтеру вы можете написать подтверждение от руки.