



COVID-19 疫苗——额外剂量和加强剂量 接种资格的自我证明



请参阅第二页，查看适用于已接种两剂辉瑞疫苗后再次接种加强剂量的个人的自我证明。

本表格适用于免疫系统中度至严重受损，
且已接种了两剂辉瑞或莫德纳
COVID-19疫苗的个人

如果您符合美国疾病预防控制中心(CDC)列出的[标准](#)，建议您在接种第二剂疫苗的至少28天后，再接种第三剂mRNA（辉瑞或莫德纳）疫苗。在可能的情况下，您应该接种同一种疫苗。例如，如果您接种了辉瑞的COVID-19疫苗系列，请尝试在接种第三剂疫苗时，也接种辉瑞的COVID-19疫苗。

请向您的医生咨询接种额外剂量COVID-19疫苗的必要性。如果您需要接种第三剂疫苗，询问医生根据您的当前的治疗方案何时是接种第三剂疫苗的最佳时机。如果您即将开始或重新开始免疫抑制治疗，这点尤其重要。

我证明，我的免疫功能受损，并且根据以下标准，我有资格接种第三剂COVID-19疫苗。

- 我已在28天前（或更早之前）接种了第二剂莫德纳或辉瑞的COVID-19疫苗，并且
- 我：
 - 因肿瘤或血癌，正在接受相应的癌症治疗，或
 - 接受了器官移植，且正在服用抑制自我免疫系统的药物，或
 - 最近2年内接受过干细胞移植或正在服用抑制免疫系统的药物，或
 - 中度或重度原发性免疫缺陷（例如狄乔治氏综合征(DiGeorge syndrome)或威斯科特-奥尔德里奇综合征(Wiskott-Aldrich syndrome)），或
 - 艾滋病毒感染晚期，或未治疗的艾滋病毒感染，或
 - 正在使用大剂量皮质类固醇或其他抑制免疫反应的药物进行治疗

签名: _____

姓名: _____ 日期: _____

在接种第三剂疫苗后，继续保护自己仍然是很重要的。这包括佩戴贴合面部的口罩、保持身体距离、避开人员密集的地点或空气流通不畅的空间，以及经常洗手。考虑“[戴双口罩](#)”（在医用口罩外佩戴一个布质口罩）或N95呼吸器，以获得更高级别的保护。

欲了解更多信息，请参阅[莫德纳](#)或[辉瑞](#)公司的《适用于接种者和照顾者的资料便览》，以及CDC的网页“[针对中度至重度免疫受损人群的COVID-19疫苗](#)”。





COVID-19 疫苗——额外剂量和加强剂量 接种资格的自我证明



请参阅第一页，查看适用于免疫系统受损者接种额外剂量的自我证明。

有资格接种辉瑞加强剂量COVID-19疫苗的个人

我证明，根据以下标准，我有资格接种加强剂 COVID-19疫苗。

- 我在至少6个月前已接种过辉瑞的第二剂COVID-19疫苗，并且
 - 我已经65岁或以上，或
 - 我住在一个长期护理机构，或
 - 我的年龄在 50-64 岁之间，并且正经历着社会和经济风险，这使我面临着更高的感染 COVID-19 的风险，或
 - 我的年龄在 18-64 岁之间，并且我有以下任意一种基础疾病：
 - 癌症
 - 慢性肾病
 - 慢性肺病
 - 痴呆或其他神经系统疾病
 - 糖尿病（1 型或 2 型）
 - 唐氏综合症
 - 心脏疾病
 - 艾滋病毒感染
 - 免疫系统受损状态（免疫系统功能低下）
 - 肝脏疾病
 - 超重或肥胖（体重指数(BMI)超过 25 kg/m²）
 - 怀孕及近期曾经怀孕（妊娠结束后至少已过去 42 天）
 - 镰状细胞病或地中海贫血
 - 吸烟者（目前是或之前曾是）
 - 经历过实体器官或血液干细胞移植
 - 中风或脑血管疾病，影响血液流向大脑
 - 物质使用障碍
- 我的年龄在 18-64 岁之间，由于我所在的机构环境，或由于我是以下[行业](#)之一的从业者，我面临着更高的接触和传播 COVID-19 的风险：
 - 急救人员（医护人员、消防员、警察、聚集型护理设施的工作人员）
 - 教育工作者（教师、学校职员、日托机构职员）
 - 食品和农业从业者
 - 制造业从业者
 - 惩教工作者
 - 美国邮政局从业者
 - 公共交通从业者
 - 食品日用品店从业者

签名: _____

姓名: _____ 日期: _____

如果您患有以上未列出的疾病，或对接种加强剂量的风险和好处有疑问，请咨询您的医生。欲了解更多信息，请参阅[辉瑞](#)公司的《适用于接种者和照顾者的资料便览》以及[CDC](#)的“[COVID-19疫苗](#)”网页。

如果您无法使用打印机，则可以用手写的方式书写本证明。

