



Tự xác nhận đủ điều kiện

Xem trang tiếp theo về việc xác nhận để được chích ngừa các liệu tăng cường cho những người đã được chích ngừa 2 liều vắc-xin Pfizer.

NHỮNG NGƯỜI BỊ SUY GIẢM HỆ THỐNG MIỄN DỊCH TỪ TRUNG BÌNH ĐẾN NẶNG ĐÃ ĐƯỢC CHÍCH NGỪA 2 LIỀU VẮC-XIN PFIZER HOẶC MODERNA

Nếu trường hợp của quý vị đáp ứng các [tiêu chí](#) do CDC nêu ra, quý vị được khuyến nghị chích ngừa liều thứ 3 của vắc-xin mRNA (vắc-xin Pfizer hoặc Moderna) sau ít nhất 28 ngày tính từ ngày quý vị được chích ngừa liều vắc-xin thứ 2 của mình. Nếu có thể, quý vị cần được chích ngừa với cùng một loại vắc-xin. Ví dụ: nếu quý vị đã chích ngừa 2 liều vắc-xin Pfizer, hãy cố gắng chích ngừa liều thứ 3 cũng của vắc-xin Pfizer.

Tham khảo ý kiến của bác sĩ của quý vị về sự cần thiết phải chích ngừa thêm một liều vắc-xin COVID-19. Nếu quý vị cần thêm liều thứ ba, hãy hỏi bác sĩ về thời điểm tốt nhất để chích ngừa dựa trên kế hoạch điều trị hiện tại của quý vị. Điều này đặc biệt quan trọng nếu như quý vị sắp bắt đầu hoặc bắt đầu lại quá trình điều trị ức chế miễn dịch.

Tôi xác nhận rằng tôi bị suy giảm miễn dịch và đủ điều kiện để được chích ngừa liều vắc-xin thứ ba dựa trên các tiêu chí dưới đây.

- Tôi đã được chích ngừa liều thứ hai của vắc-xin Moderna hoặc Pfizer cách đây ít nhất 28 ngày, VÀ
- Tôi:
 - Đang được điều trị ung thư tích cực cho các khối u hoặc ung thư máu, HOẶC
 - Đã được cấy ghép nội tạng và đang dùng thuốc để ức chế hệ thống miễn dịch, HOẶC
 - Đã được cấy ghép tế bào gốc trong vòng 2 năm qua hoặc đang dùng thuốc ức chế hệ thống miễn dịch, HOẶC
 - Bị suy giảm miễn dịch tiên phát ở mức độ trung bình hoặc nặng (như hội chứng DiGeorge, hội chứng Wiskott-Aldrich), HOẶC
 - Bị nhiễm HIV giai đoạn nặng hoặc không được điều trị, HOẶC
 - Đang được điều trị tích cực bằng corticosteroids liều cao hoặc các loại thuốc ức chế đáp ứng miễn dịch khác.

Chữ ký: _____

Tên họ: _____

Ngày: _____

Điều quan trọng là quý vị phải tiếp tục bảo vệ bản thân sau khi được chích ngừa liều vắc-xin thứ 3. Điều này bao gồm đeo khẩu trang vừa vặn với khuôn mặt, duy trì khoảng cách với người khác, tránh những nơi đông người hoặc không gian có sự thông gió kém, và rửa tay thường xuyên. Cân nhắc đeo "[khẩu trang kép](#)" (đeo khẩu trang vải bên ngoài khẩu trang phẫu thuật) hoặc khẩu trang phòng độc N95 để được bảo vệ tốt hơn.

Để biết thêm thông tin, hãy xem [Tờ Thông tin về Vắc-xin Moderna](#) hoặc [Pfizer](#) cho Người tiếp nhận và Người chăm sóc và trang web của CDC về [Vắc-xin COVID-19 cho Những người bị Suy giảm Miễn dịch từ Trung bình đến Nặng](#).



Tự xác nhận đủ điều kiện



Xem trang trước về việc xác nhận để được chích ngừa liều bổ sung cho những người bị suy giảm miễn dịch.

NHỮNG NGƯỜI ĐỦ ĐIỀU KIỆN ĐỂ ĐƯỢC CHÍCH NGỪA LIỀU TĂNG CƯỜNG CỦA VẮC-XIN PFIZER

Tôi xác nhận rằng tôi đủ điều kiện để được chích ngừa liều vắc-xin tăng cường dựa trên các tiêu chí dưới đây.

- Tôi đã được chích ngừa liều thứ hai của vắc-xin COVID-19 Pfizer cách đây ít nhất 6 tháng, VÀ
 - Tôi từ 65 tuổi trở lên, HOẶC
 - Tôi sống trong một cơ sở chăm sóc dài hạn, HOẶC
 - Tôi trong độ tuổi từ 50 đến 64 và gặp phải rủi ro xã hội và kinh tế khiến tôi có nguy cơ mắc COVID-19 cao, HOẶC
 - Tôi trong độ tuổi từ 18 đến 64 và có một trong các bệnh lý nền (bệnh có sẵn) sau:
 - Ung thư
 - Bệnh thận mãn tính
 - Bệnh phổi mãn tính
 - Chứng bệnh sa sút trí tuệ hoặc các tình trạng bệnh thần kinh khác
 - Bệnh tiểu đường (loại 1 hoặc loại 2)
 - Hội chứng Down
 - Các bệnh về tim
 - Nhiễm HIV
 - Tình trạng suy giảm miễn dịch (hệ thống miễn dịch suy yếu)
 - Bệnh gan
 - Thừa cân hoặc béo phì (chỉ số khối cơ thể (BMI) trên 25 kg/m²)
 - Đang mang thai và mới mang thai xong (ít nhất đã 42 ngày sau khi kết thúc thai kỳ)
 - Bệnh hồng cầu hình lưỡi liềm hay bệnh thiếu máu tán huyết bẩm sinh (thalassemia)
 - Đang hút hoặc đã từng hút thuốc lá
 - Đã được cấy ghép nội tạng hoặc tế bào gốc tạo máu
 - Đột quỵ (tai biến mạch máu não) hay bệnh về mạch máu não, gây ảnh hưởng đến lưu lượng máu đến não
 - Rối loạn do sử dụng chất gây nghiện
- Tôi trong độ tuổi từ 18 đến 64 và có nguy cơ bị phơi nhiễm và lây nhiễm COVID-19 cao do môi trường công tác của tôi, hoặc do tôi làm một trong các công việc sau:
 - Nhân viên phản ứng tuyến đầu (nhân viên y tế, nhân viên cứu hỏa, cảnh sát, nhân viên tại các cơ sở chăm sóc sức khỏe cho người sống tập trung (congregate care))
 - Nhân viên ngành giáo dục (giáo viên, nhân viên trường học, nhân viên trông trẻ)
 - Nhân viên ngành thực phẩm hoặc nông nghiệp
 - Công nhân sản xuất
 - Nhân viên tại các trung tâm cải huấn
 - Nhân viên Bưu chính Hoa Kỳ
 - Nhân viên ngành giao thông công cộng
 - Nhân viên cửa hàng tạp hóa

Chữ ký: _____

Tên họ: _____

Ngày: _____

Nếu quý vị bị một bệnh lý mà không được liệt kê ở trên hoặc có thắc mắc về những rủi ro và lợi ích của liều tăng cường, xin hãy tham khảo ý kiến của bác sĩ của quý vị. Để biết thêm thông tin, hãy xem Tờ Thông tin về Vắc-xin [Pfizer](#) cho Người tiếp nhận và Người chăm sóc và trang web của CDC về [Vắc-xin COVID-19](#).

Nếu quý vị không có máy in, quý vị có thể tự tay viết giấy xác nhận.

