

Formulaire d'engagement de responsabilité

Confirmation du consentement libre et éclairé par le médecin/administrateur

Emplacement

Date

Je, (Dr/Administrateur) _____ déclare que j'ai recherché toutes les ressources concernant les composants, les risques, les avantages et que je connais parfaitement les effets indésirables potentiels et les avantages du vaccin à ARNm (ci-après le vaccin), fabriqué par _____ ; et j'ai administré le vaccin à ARNm produit par le fabricant susmentionné à M./Mme/Mme/Mr. _____, le Patient, le Service ou le Participant (ci-après dénommé le Participant), à cette date et j'atteste, sous peine de parjure, que j'ai satisfait TOUTES les exigences légales, réglementaires et éthiques en matière de consentement libre et éclairé (y compris, mais sans s'y limiter, le consentement éclairé en ce qui concerne la participation à un essai clinique) et les exigences spécifiques du fabricant pour obtenir un consentement éclairé en ayant effectué ce qui suit :

J'ai lu et expliqué au participant la déclaration d'information sur le vaccin 2020-2021 pour le vaccin contre la COVID-19 et j'en ai expliqué ses risques et avantages en supprimant toute préoccupation que le participant aurait pu avoir concernant sa sécurité.

Je me suis assuré que le Participant est conscient qu'il est un sujet volontaire dans un essai clinique expérimental et qu'il peut s'en retirer à tout moment et sans sanctions ; et en outre, j'ai également fourni l'occasion de poser des questions sur le vaccin en vérifiant la compréhension par le participant.

Par conséquent, je suis convaincu que le participant est pleinement conscient des risques par rapport aux avantages et j'assume volontairement l'entière responsabilité de tout effet indésirable pouvant résulter à l'heure actuelle, à moyen terme ou à long terme de mon administration du vaccin (s) au Participant ou la réception du ou des Vaccin(s) par la personne ci-après désignée dont Il est le tuteur légal (" Tuteur ").

J'accepte d'entreprendre les tests nécessaires pour surveiller la santé du Participant sans frais pour le Participant. Le protocole de procédure médicale comprendra :

1. Vérification de l'état de santé des données de base (avant le " vaccin ") :

o Examen médical complet.

o Vaste panel de tests de laboratoire comprenant potentiellement un test d'anticorps anti-SRAS CoV-2 ou un test de cellules T (test de libération de cytokines). D-Dimère / Taux de sédimentation / C - protéine réactive / Troponine / CBC (Complete Blood Count) / CMP (Complete Metabolic Panel) / ECG / autres tests pouvant être identifiés plus en détail, le cas échéant.

2. SARS CoV-2 "Vaccination" (acceptation provisoire, "sans préjudice").

3. Données post-traitement (post-" vaccin ") Vérification de l'état de santé :

- o Examen et laboratoire (similaire à ci-dessus, avec les modifications nécessaires pour le modèle de symptôme émergent) :
- o Délai de synchronisation régulier : Selon les besoins des tests individuels / Max 14 jours post-injection(s) de " vaccin "
- o Effets indésirables importants survenant après l'injection - examen/test immédiatement pertinent.

La procédure en 3 parties ci-dessus sera répétée en relation avec toute autre "vaccination" ultérieure.

Le participant et le service peuvent partager mon nom, mes informations de licence/identification avec d'autres médecins ou d'autres prestataires de soins de santé et avec le médecin du participant. Les mêmes identifiants peuvent être partagés avec toute agence/comité/association déclarante ainsi qu'avec les MAPI ou toute autre agence, que j'ai administrée(s) au(x) vaccin(s) au Participant.

J'assume, pour moi-même et au nom de chacun de mes héritiers, exécuteurs testamentaires, représentants personnels et ayants droit respectifs, l'entière responsabilité de mes actions et décisions, de la clinique, de l'emplacement, du centre, de l'entreprise et de ses sociétés affiliées, filiales, divisions, administrateurs, sous-traitants, agents et employés (collectivement les " parties responsables "), pour toute réclamation découlant de, en relation avec ou de quelque manière que ce soit liée à mon administration du ou des vaccins au participant.

Ni la Clinique ni aucune autre partie impliquée dans l'administration de cette immunisation, de quelque manière que ce soit et dans quelle mesure que ce soit, ne sera, à quelque moment ou dans quelque mesure que ce soit, déchargée de toute responsabilité ou protégée de quelque manière que ce soit d'être tenue responsable de toute perte, blessures, décès ou dommages subis ou subis par le participant ou toute personne à tout moment en relation avec ou à la suite de ce programme de vaccination ou de l'administration du ou des vaccins décrits ci-dessus.

Les informations du Participant et de Ward resteront privées et ne seront utilisées à aucune fin ou partagées avec une personne autre que lorsque la loi l'autorise.

Signature du médecin/administrateur : _____

Participant/Agent : _____

Témoin 1 : _____

Témoin 2 : _____

Date : _____