



MINISTERUL SĂNĂTĂȚII AL REPUBLICII MOLDOVA

ORDIN  
mun. Chișinău

„17” „noiembrie” 2021

nr. 1053

**Cu privire la condițiile de vaccinare împotriva COVID-19  
pentru copiii cu vârstă 12 ani și peste în cazul exprimării intenției  
de vaccinare a părintelui/tutorelui/reprezentantului legal al copilului**

În conformitate cu Planul Național de Imunizare împotriva COVID-19 aprobat prin Hotărârea Comisiei Naționale Extraordinare de Sănătate Publică nr.41/2021,

în baza deciziei Comitetului Național Consultativ de Experti în domeniul Imunizărilor din 23 august 2021 prin care se recomandă vaccinarea împotriva COVID-19 a copiilor, începând de la vârsta de 12 ani și a deciziei Agenției Medicamentului și Dispozitivelor Medicale din 25 octombrie 2021 prin care au fost introduse modificările în Rezumatul Caracteristicilor Produsului și în Prospect pentru Pacienți a vaccinului anti-COVID-19 *Comirnaty Pfizer/BioNTech* cu aprobarea extinderii indicației pentru vaccinul împotriva COVID-19, „Comirnaty” produs de Pfizer/BioNTech și includerea utilizării vaccinului respectiv la copii cu vârsta de 12 ani și peste,

și în temeiul Regulamentului privind organizarea și funcționarea Ministerului Sănătății, aprobat prin Hotărârea Guvernului nr. 148/2021,

**ORDON:**

1. Vaccinarea anti-COVID-19 cu vaccinul pe baza de ARN messenger (*Comirnaty Pfizer/BioNTech*) a copiilor cu vârsta de 12 ani și peste, se permite doar în cazul exprimării intenției de vaccinare a părintelui/tutorelui/reprezentantului legal al copilului în baza unei cereri de solicitare a imunizării anti-COVID-19 pe numele instituției medico-sanitare publice sau medicului de familie (Anexa 1).
2. Reprezentantul legal trebuie să prezinte actul juridic prin care deține reprezentarea legală a copilului.
3. Vaccinarea copiilor cu vârsta de 12 ani și peste se va efectua numai cu acordul/consimțământul informat, exprimat în scris și semnat de către părintele/tutorele/reprezentantul legal al copilului (Anexa 2) și prezentarea actelor de identitate.

4. Vaccinarea se va efectua doar în cadrul Centrului de vaccinare permanent a instituției medico-sanitare, în conformitate cu prevederile Instrucțiunii privind organizarea și funcționarea Centrelor de vaccinare anti-COVID-19, aprobată prin Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr.93/2021.
5. Se va aplica schema de vaccinare administrată prin două doze de vaccin pe baza de ARN messenger (*Comirnaty Pfizer/BioNTech*), cu respectarea intervalului dintre doze conform instrucțiunii vaccinului:

Denumirea vaccinului	Tipul vaccinului	Doza 1	Doza 2 După 21 zile de la administrarea dozei 1
<b>Comirnaty Pfizer/BioNTech</b>	ARN messenger	30μg (0,3 ml), i/m	30μg (0,3 ml) , i/m

6. Conducătorii instituțiilor medico-sanitare publice, departamentale și private, sunt responsabili de organizarea procesului de vaccinare, de planificarea, recepționarea și gestionarea stocurilor de vaccin, administrarea dozelor planificate de vaccin, monitorizarea evenimentelor adverse post-imunizare, evidența și raportarea datelor privind administrarea vaccinului anti-COVID-19 pentru copiii de vârsta 12 ani și peste.
7. Evidența și raportarea administrării vaccinurilor anti-COVID-19 va fi realizată în Sistemul informațional automatizat „Registrul de evidență a vaccinării împotriva COVID-19” (SIA RVC-19).
8. Monitorizarea evenimentelor adverse post-imunizare va fi asigurată în conformitate cu Ordinul Ministerului Sănătății, Muncii și Protecției Sociale nr. 1019/2020 cu privire la funcționarea sistemului de evaluare a cauzalității și clasificare a evenimentelor adverse post-imunizare, cu perfectarea formularului de raportare a EAPI și expedierea lui în adresa subdiviziunilor teritoriale ale Agenției Naționale pentru Sănătate Publică.
9. Controlul executării prezentului ordin se atribuie dnei Svetlana Nicolaescu, secretar de stat.

Ministru



Ala NEMERENCO

Anexa nr. 1  
La ordinul MS  
Nr. 1053 din 17.11. 2021

**-Model-**  
**CERERE**

Către \_\_\_\_\_ (denumirea instituției medicale)

Subsemnatul/Subsemnata \_\_\_\_\_,

cu domiciliu în \_\_\_\_\_,

în calitate de părinte/tutore/reprezentant legal, identificat prin buletin de identitate nr/serie \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, IDNP \_\_\_\_\_,

solicit administrarea vaccinului împotriva COVID-19 copilului

Numele și prenumele \_\_\_\_\_, în vârstă de \_\_\_\_\_ ani,

identificat prin \_\_\_\_\_ IDNP \_\_\_\_\_

*(specificați actul de identitate)*

Semnătura părintelui/tutorei/reprezentantului legal \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

**-Model-**

**Consimțământul informat pentru vaccinarea anti-COVID-19 a copilului**

Către \_\_\_\_\_ (denumirea instituției medicale)

Subsemnatul (a) \_\_\_\_\_  
(numele și prenumele părintelui/tutorelui/reprezentantului legal)

declar că am înțeles toate informațiile oferite de personalul medical, inclusiv beneficiile și riscurile vaccinării pentru copii și îmi exprim acordul informat pentru administrarea vaccinului anti-COVID-19 cu vaccinul *Comirnaty Pfizer/BioNTech*

copilului \_\_\_\_\_, în vârstă de \_\_\_\_\_ ani.  
(numele și prenumele copilului)

Am fost informat(ă) că vaccinul se administrează în două doze, ambele fiind părți integrate a unei vaccinări. Mi-a fost explicat și am înțeles că vaccinul COVID-19 va proteja copilul de infecție, de formele severe de boală, și de urmările grave provocate de COVID-19.

Am fost informat(ă) despre reacțiile obișnuite asociate cu vaccinul COVID-19: durere, roșeață sau umflături la locul injectării; oboseală, cefalee, dureri musculare, frisoane, dureri articulare, febră, greață, senzație de rău sau umflare a ganglionilor limfatici. Înțeleg că în anumite cazuri rare, vaccinul poate provoca o reacție alergică severă care poate include dificultăți de respirație, umflarea feței și a gâtului, bătăi rapide ale inimii, erupții pe tot corpul, amețeli și / sau slăbiciune. Înțeleg de asemenea că acestea posibil să nu fie toate efectele secundare ale vaccinului COVID-19, deoarece vaccinul este unul nou, iar efectele secundare pe termen lung sau complicațiile acestui vaccin nu sunt cunoscute la acest moment.

**SUNT DE ACORD COPILUL SĂ SE AFLE ÎN SUPRAVEGHEREA PERSONALULUI MEDICAL TIMP DE 15-30 MINUTE DUPĂ ADMINISTRAREA VACCINULUI.**

În cazul în care va apărea o reacție adversă în urma administrării vaccinului în următoarele 30 de zile, voi informa imediat lucrătorul medical.

Eu am înțeles tot ce mi-a explicat medicul și am primit răspunsuri la toate întrebările mele. Benevol dau acordul și conștient exprim consimțământul pentru imunizarea copilului.

Data \_\_\_\_\_

Semnătura părintelui/tutorelui/reprezentantului legal \_\_\_\_\_

Confirm că eu i-am explicat părintelui/reprezentantului legal scopul, beneficiile și riscurile administrării vaccinului anti-COVID-19.

Data \_\_\_\_\_ Semnătura medicului \_\_\_\_\_