|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ***A picture containing logo  Description automatically generated***ឈ្មោះ៖ | | ថ្ងៃខែ​ឆ្នាំ​កំណើត៖ | | អាយុ៖ | | ភាសា​ដែល​ពេញចិត្ត៖ | | | |
| តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ? មាន  គ្មាន  ប្រសិនបើមាន៖  សាធារណៈ  ឯកជន | | ភេទ៖  ប្រុស  ស្រី មិនមែនប្រព័ន្ធគោលពីរ/X  អ្នកប្តូរភេទ មិនចង់បង្ហាញ ផ្សេងទៀត \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | | | | |
| ពូជសាសន៍៖  ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬអាឡាស្កា  អាស៊ី  ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត | | | ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក  ជនជាតិស្បែកស  ពូជសាសន៍ផ្សេងទៀត | | ជាតិសាសន៍៖  អេស្ប៉ាញ/ឡាទីន  មិនមែនអេស្ប៉ាញ/មិនមែនឡាទីន | | | | |
| អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ | | ទីក្រុង/ហ្ស៊ីប៖ | | ទូរស័ព្ទ៖ | | | | | |
| ***សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមអំពីបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើ។*** | | | | | | **មាន** | **គ្មាន** |
| 1. តើ​អ្នក​ធ្លាប់​ទទួល​បាន​ដូសវ៉ាក់សាំង​ ​COVID-19 ​ដែរ​ឬ​ទេ?   *ប្រសិនបើមាន ឯកសារគឺត្រូវបានទាមទារ***។** | | | | | |  |  |
| 1. ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះ តើអ្នកធ្លាប់មានអាការៈក្តៅខ្លួន ញាក់ ក្អក ដកដង្ហើមខ្លី ពិបាកដកដង្ហើម អស់កម្លាំង ឈឺសាច់ដុំឬរាងកាយ ឈឺក្បាល បាត់បង់រសជាតិឬក្លិនថ្មី ឈឺបំពង់ក កកស្ទះឬហៀរសំបោរ ចង្អោរ ក្អួត ឬរាគដែរ​ឬ​ទេ? | | | | | |  |  |
| 1. តើ​អ្នក​ត្រូវ​បាន​គេ​ណែនាំ​ឱ្យ​នៅ​ដាច់​ដោយ​ឡែក ឬធ្វើ​ច​ត្តា​ឡី​ស័ក​នៅ​ពេល​នេះ​ទេ? | | | | | |  |  |
| 1. តើអ្នកមានភាពស៊ាំពីមធ្យមទៅធ្ងន់ធ្ងរទេ? | | | | | |  |  |
| 1. តើអ្នកធ្លាប់មានប្រតិកម្មអាលែហ្សីធ្ងន់ធ្ងរ (ឧ. អាណាហ្វីឡាក់ស៊ី) ដែរឬទេ? ឧទាហរណ៍ដូចជា ប្រតិកម្ម​ដែល​អ្នក​ត្រូវ​បាន​ព្យាបាល​ដោយ​ថ្នាំ epinephrine ឬ EpiPen ឬ​អ្នក​ត្រូវ​ទៅ​មន្ទីរពេទ្យ។ | | | | | |  |  |
| 1. តើអ្នកធ្លាប់មានប្រតិកម្មទៅនឹងវ៉ាក់សាំង COVID-19 ពីមុនដែរទេ? ឧទាហរណ៍ដូចជា តើអ្នកមានកន្ទួលកហម ហើម ឬដកដង្ហើមចេញសម្លេងក្នុងរយៈពេល 4 ម៉ោងបន្ទាប់ពីការចាក់វ៉ាក់សាំងដែរឬទេ? | | | | | |  |  |
| 1. តើ​អ្នក​មាន​ប្រវត្តិ​រលាកសាច់ដុំបេះដូង (myocarditis) ឬ​រលាក​ស្រោមបេះដូង (pericarditis) ​ដែរ​ឬ​ទេ? | | | | | |  |  |
| 1. តើអ្នកបានទទួលការព្យាបាលដោយអង្គបដិប្រាណអកម្មក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយដែរឬទេ? | | | | | |  |  |
| **សម្រាប់អ្នកទទួលវ៉ាក់សាំងដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ អាណាព្យាបាល សូមធ្វើការគូសប្រអប់មួយក្នុងចំណោមប្រអប់ខាងក្រោម៖**  **ការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់កូនខ្ញុំ**អាចធ្វើបានដោយមិនមានវត្តមានរបស់ខ្ញុំ។  **ការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់កូនខ្ញុំ**អាចធ្វើបានដោយមានវត្តមានរបស់ខ្ញុំតែប៉ុណ្ណោះ។  **ការអនុញ្ញាតឱ្យចាក់វ៉ាក់សាំង**   * ខ្ញុំត្រូវបានផ្តល់ឱ្យនូវច្បាប់ចម្លងនៃសន្លឹកការពិតការអនុញ្ញាតប្រើប្រាស់ជាបន្ទាន់ ដែលខ្ញុំបានអាន ឬមានសន្លឹកការពិតនេះពន្យល់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ និងហានិភ័យនៃវ៉ាក់សាំង COVID-19។ * ខ្ញុំយល់ថាកំណត់ត្រានៃការចាក់វ៉ាក់សាំងនេះនឹងត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានស្តីពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ Maine នៃ ImmPact។ * ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំត្រូវបានណែនាំឱ្យស្នាក់នៅកន្លែងថ្ងៃនេះយ៉ាងហោចណាស់ 15 នាទី ក្រោយពេលចាក់វ៉ាក់សាំង។ * **ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យចាក់វ៉ាក់សាំង COVID-19 ដល់បុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើដោយមានការចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម។**   X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_កាលបរិច្ឆេទ៖\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ហត្ថលេខារបស់អាណាព្យាបាលនៃបុគ្គលដែលត្រូវចាក់វ៉ាក់សាំង ឬហត្ថលេខារបស់មនុស្សពេញវ័យដែលត្រូវចាក់វ៉ាក់សាំង  X\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_កាលបរិច្ឆេទ៖\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  ហត្ថលេខារបស់អ្នកបកប្រែ | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **សម្រាប់តែការិយាល័យប៉ុណ្ណោះ៖** | | | | | | | | | |
| **ដូស** | **កាលបរិច្ឆេទដូសដែលបានចាក់** | **ក្រុមហ៊ុនផលិតវ៉ាក់សាំង** | **លេខឡូត** | **បរិមាណដូស** | **ហត្ថលេខា និងលិខិតបញ្ជាក់របស់អ្នកផ្តល់វ៉ាក់សាំង** | | **កន្លែងចាក់ -**  **ដេលតូដ (Deltoid)** | **ផ្លូវ** | **កាលបរិច្ឆេទ EUA** | |
| ដូសទី 1  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  ដូសទី 2  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_  ដូសទី 3  \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_ | / / |  |  |  |  | | ឆ្វេង  ស្តាំ | IM |  | |
| កាតបំពេញការចាក់វ៉ាក់សាំង COVID-19៖  មាន  គ្មាន | | | | | សីតុណ្ហភាព៖ | | | | |