បែបបទអនុញ្ញាត &ពិនិត្យសុខភាព – វ៉ាក់សាំងជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយឆ្នាំ 2014-2015

NPI:
School Name: _____

នាម និងគោត្តនាម:	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត: / /	អាយុ:	ភេទ: ☐ ប ☐ ស
អាស័យដ្ឋាន:	ខេត្ត/ទីក្រុង:	លេខតំបន់:	លេខទូរស័ព្ទ:
ថ្នាក់ទី:	គ្រូបង្រៀន:	អង្គភាពរដ្ឋបាលរបស់សាលា (កម្រិតតំបន់) (School Administrative Unit)	

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមអំពីបុគ្គលមាននាមខាងលើនេះ។ សូមផ្តល់មតិយោបល់នៅពីក្រោយបែបបទនេះ។

	បាទ/ចាស	**ទេ**
1) តើបុគ្គលរូបនេះមានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ (គ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត) ដូចជាអាឡាក់ស៊ីជាមួយនឹងស៊ុតដែរឬទេ?		
2) តើបុគ្គលរូបនេះធ្លាប់មានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរនឹងការធ្វើឱ្យស៊ាំនឹងជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយពីមុនមកដែរឬទេ?		
3) តើបុគ្គលរូបនេះធ្លាប់មានរោគសញ្ញានៃជម្ងឺពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធប្រសាទដែរឬទេ (Guillain-Barre Syndrome)?		
ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយ "បាទ/ចាស" ចំពោះសំណួរ 1-3 សូមទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បីចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយ		
4) តើបុគ្គលរូបនេះធ្លាប់ចាក់វ៉ាក់សាំងការពារកាលពី 4សប្តាហ៍ មុន ឬកំមានអារម្មណ៍មិនស្រួលដែរឬទេ? បើធ្លាប់ សូមប្រាប់ប្រភេទវ៉ាក់សាំង_____ កាលបរិច្ឆេទ_____		
5) តើបុគ្គលរូបនេះមានបញ្ហាសុខភាពរ៉ាំរ៉ៃ អាឡាក់ស៊ី ជម្ងឺហឺត ឬជម្ងឺពិបាកដកដង្ហើមដែលឮសូរគ្រួតគ្រាត ឬទទួលការព្យាបាលដើម្បីបំបាត់ការឈឺចាប់រយៈកាលយូរដែរឬទេ?		
6) តើបុគ្គលរូបនេះមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយ ឬមានទំនាក់ទំនងជិតស្និទ្ធជាមួយអ្នកមានប្រព័ន្ធភាពស៊ាំចុះខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរដែរឬទេ?សូមពន្យល់៖ _____		
7) តើបុគ្គលរូបនេះកំពុងមានផ្ទៃពោះ ឬបុគ្គលរូបនេះអាចមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ?		
ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយ "បាទ/ចាស" ចំពោះសំណួរ 4-7 បុគ្គលរូបនេះ<u>មិនអាចទទួលវ៉ាក់សាំងជម្ងឺផ្តូរដង្ហើម</u>បានទេ		
8) តើបុគ្គលរូបនេះជាជនជាតិឥណ្ឌាកាត់អាមេរិក (American Indian) ឬជាជនជាតិដើមអាឡាស្កា (Alaskan Native)?		
9) តើបុគ្គលរូបនេះមានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ?		
10) តើបុគ្គលរូបនេះមានធានារ៉ាប់រង MaineCare (Medicaid) ដែរឬទេ? លេខអត្តសញ្ញាណ MaineCare៖ _____		

11) ធានារ៉ាប់រងសុខភាព: ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន: _____

លេខសម្គាល់: _____ លេខក្រុម: _____

ឈ្មោះអ្នកជាវ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:_____

12) ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត:_____ លេខទូរស័ព្ទ:_____ ____

ការអនុញ្ញាតទទួលបានវ៉ាក់សាំង

- ខ្ញុំបានទទួលសេចក្តីប្រកាសព័ត៌មានច្បាប់ចម្លងស្តីពីវ៉ាក់សាំងជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយឆ្នាំ 2014-2015 ខ្ញុំបានអានរួចហើយ ឬសេចក្តីនោះបានណែនាំខ្ញុំ ហើយខ្ញុំបានដឹងពីអត្ថប្រយោជន៍ និងគ្រោះថ្នាក់របស់វ៉ាក់សាំងជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយនោះ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ចូលកំណត់វ៉ាក់សាំងនេះទៅក្នុងបញ្ជី ImmPact ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យប្រើព័ត៌មានដើម្បីធ្វើវិក្កយប័ត្រធានារ៉ាប់រង MaineCare ឬធានារ៉ាប់រងឯកជន លើចំណាយផ្តល់វ៉ាក់សាំងនេះ។
- ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យបុគ្គលរូបនេះទទួលបានវ៉ាក់សាំងស័ក្តិសមបំផុត ដែលកំណត់ដោយបុគ្គលិកថែទាំសុខភាពនៅគ្លីនិក។
- ប្រសិនបើកូនរបស់ខ្ញុំមិនព្រមចាក់ និងមិនមានលក្ខខណ្ឌណាមួយក្នុងចំណោមស្ថានភាពសុខភាពលេខ 4-7 ខាងលើ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់ថ្នាំព្យាបាលជម្ងឺផ្តូរដង្ហើម។
- **ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់វ៉ាក់សាំងជម្ងឺគ្រុនទៅបុគ្គលមាននាមខាងលើតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមនេះ។**

X_____ កាលបរិច្ឆេទ:_____

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលប្រសិនបើបុគ្គលត្រូវទទួលបានវ៉ាក់សាំងគឺជាអនីតិជន ឬហត្ថលេខារបស់មនុស្សពេញវ័យដែលត្រូវទទួលបានវ៉ាក់សាំង

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬ អាណាព្យាបាល ឬមនុស្សពេញវ័យដែលត្រូវចាក់ថ្នាបង្ការ:_____

FOR OFFICE USE ONLY:

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
/ /						☐ IM single dose ☐ IM multi dose ☐ Intranasal	