



ការថែទាំសុខភាពសាធារណៈរបស់មជ្ឈមណ្ឌលគ្រប់គ្រង និងបង្ការជំងឺ Maine
ការពិនិត្យសុខភាព និងទម្រង់យល់ព្រម - វ៉ាក់សាំង COVID-19
សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមអំពីបុគ្គលដែលត្រូវចាក់វ៉ាក់សាំង។

ឈ្មោះ:	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:	អាយុ:	ភាសាដែលពេញចិត្ត:
តើអ្នកមានធានារ៉ាប់រងសុខភាពទេ? ☐ មាន ☐ គ្មាន ប្រសិនបើមាន: ☐ សាធារណៈ ☐ ឯកជន	ភេទ: ☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ មិនមែនប្រព័ន្ធគោលពីរ/X ☐ អ្នកប្តូរភេទ ☐ មិនចង់បង្ហាញ ☐ ផ្សេងទៀត _____		
ពូជសាសន៍:		ជាតិសាសន៍:	
☐ ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង ឬអាឡាស្កា ☐ អាស៊ី ☐ ជនជាតិដើមហាវ៉ៃ ឬអ្នកកោះប៉ាស៊ីហ្វិកផ្សេងទៀត		☐ ជនជាតិអាមេរិកស្បែកខ្មៅ ឬអាហ្វ្រិក ☐ ជនជាតិស្បែកស ☐ ពូជសាសន៍ផ្សេងទៀត	
អាសយដ្ឋានផ្លូវ:	ទីក្រុង/ប្រទេស:	ទូរស័ព្ទ:	

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមអំពីបុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើ។	មាន	គ្មាន
1. តើអ្នកធ្លាប់ទទួលបានដូសវ៉ាក់សាំង COVID-19 ដែរឬទេ? <i>ប្រសិនបើមាន ឯកសារគឺត្រូវបានទាមទារ</i>	☐	☐
2. ក្នុងរយៈពេល 10 ថ្ងៃចុងក្រោយនេះ តើអ្នកធ្លាប់មានអាការៈក្តៅខ្លួន ញាក់ ក្អក ដកដង្ហើមខ្លី ពិបាកដកដង្ហើម អស់កម្លាំង ឈឺសាច់ដុំឬរាងកាយ ឈឺក្បាល បាត់បង់រសជាតិឬក្លិនថ្មី ឈឺបំពង់ក កកស្ទះឬហៀរសំបោរ ចង្អោរ ក្អក ឬរាតដែរឬទេ?	☐	☐
3. តើអ្នកត្រូវបានគេណែនាំឱ្យនៅដាច់ដោយឡែក ឬធ្វើចត្តាឡីស័កនៅពេលនេះទេ?	☐	☐
4. តើអ្នកមានភាពស្តាំទៅឆ្វេងឆ្លងទេ?	☐	☐
5. តើអ្នកធ្លាប់មានប្រតិកម្មអាលែហ្សឺជន់ធ្ងន់ (ឧ. អាណាហ្វ្រីឡាក់ស៊ី) ដែរឬទេ? ឧទាហរណ៍ដូចជា ប្រតិកម្មដែលអ្នកត្រូវបានព្យាបាលដោយថ្នាំ epinephrine ឬ EpiPen ឬ អ្នកត្រូវទៅមន្ទីរពេទ្យ។	☐	☐
6. តើអ្នកធ្លាប់មានប្រតិកម្មទៅនឹងវ៉ាក់សាំង COVID-19 ពីមុនដែរទេ? ឧទាហរណ៍ដូចជា តើអ្នកមានកន្ទួលកមាម ហើម ឬដកដង្ហើមចេញសម្លេងក្នុងរយៈពេល 4 ម៉ោងបន្ទាប់ពីការចាក់វ៉ាក់សាំងដែរឬទេ?	☐	☐
7. តើអ្នកមានប្រតិកម្មសាច់ដុំបេះដូង (myocarditis) ឬរលាកស្រោមបេះដូង (pericarditis) ដែរឬទេ?	☐	☐
8. តើអ្នកបានទទួលការព្យាបាលដោយអង្គបដិប្រាណអកម្មក្នុងរយៈពេល 90 ថ្ងៃចុងក្រោយដែរឬទេ?	☐	☐
សម្រាប់អ្នកទទួលវ៉ាក់សាំងដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ អាណាព្យាបាល សូមធ្វើការគូសប្រអប់មួយក្នុងចំណោមប្រអប់ខាងក្រោម: ☐ ការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់កូនខ្ញុំអាចធ្វើបានដោយមិនមានវត្តមានរបស់ខ្ញុំ។ ☐ ការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់កូនខ្ញុំអាចធ្វើបានដោយមានវត្តមានរបស់ខ្ញុំតែប៉ុណ្ណោះ។		
ការអនុញ្ញាតឱ្យចាក់វ៉ាក់សាំង ➢ ខ្ញុំត្រូវបានផ្តល់ឱ្យនូវច្បាប់ចម្លងនៃសន្លឹកការពិតការអនុញ្ញាតប្រើប្រាស់ជាបន្ទាន់ ដែលខ្ញុំបានអាន ឬមានសន្លឹកការពិតនេះពន្យល់ខ្ញុំ ហើយខ្ញុំយល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ និងហានិភ័យនៃវ៉ាក់សាំង COVID-19។ ➢ ខ្ញុំយល់ថាការចាក់វ៉ាក់សាំងនេះនឹងត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានស្តីពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ Maine នៃ ImmPact។ ➢ ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំត្រូវបានណែនាំឱ្យស្នាក់នៅកន្លែងថ្ងៃនេះយ៉ាងហោចណាស់ 15 នាទី ក្រោយពេលចាក់វ៉ាក់សាំង។ ➢ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យចាក់វ៉ាក់សាំង COVID-19 ដល់បុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើដោយមានការចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម។		
X _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____ ហត្ថលេខារបស់អាណាព្យាបាលនៃបុគ្គលដែលត្រូវចាក់វ៉ាក់សាំង ឬហត្ថលេខារបស់មនុស្សពេញវ័យដែលត្រូវចាក់វ៉ាក់សាំង X _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____		

ការថែទាំសុខភាពសាធារណៈរបស់មជ្ឈមណ្ឌលគ្រប់គ្រង និងបង្ការជំងឺ Maine
ការពិនិត្យសុខភាព និងទម្រង់យល់ព្រម - វ៉ាក់សាំង COVID-19
សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមអំពីបុគ្គលដែលត្រូវចាក់វ៉ាក់សាំង។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកបកប្រែ

សម្រាប់តែការិយាល័យប៉ុណ្ណោះ៖

ដូស	កាលបរិច្ឆេទដូសដែលបានចាក់	ក្រុមហ៊ុនផលិតវ៉ាក់សាំង	លេខឡូត	បរិមាណដូស	ហត្ថលេខានិងលិខិតបញ្ជាក់របស់អ្នកផ្តល់វ៉ាក់សាំង	កន្លែងចាក់ - ឆ្វេង (Deltoid)	ផ្លូវ	កាលបរិច្ឆេទ EUA
ដូសទី 1 ____/____/____	/ /					ឆ្វេង ស្តាំ	☐ IM	
ដូសទី 2 ____/____/____								
ដូសទី 3 ____/____/____								
កាត់បំពេញការចាក់វ៉ាក់សាំង COVID-19៖ ☒ មាន ☐ គ្មាន						សិក្ខាណុញភាព៖		