

បែបបទអនុញ្ញាត & ពិនិត្យសុខភាព វ៉ាក់សាំងជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយឆ្នាំ

ឆ្នាំសិក្សា :

NPI:

School Name:

នាម និងគោត្តនាម:	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត: / /	អាយុ:	ភេទ: <input type="checkbox"/> ប <input type="checkbox"/> ស
អាស័យដ្ឋាន:	ខេត្ត/ទីក្រុង:	លេខកំប៉ន:	លេខទូរស័ព្ទ:
ថ្នាក់ទី:	គ្រូបង្រៀន:	អង្គការពាររដ្ឋបាលរបស់សាលា (កម្រិតកំប៉ន) (School Administrative Unit)	

តើបុគ្គលរូបនេះជាជនជាតិណាមកពីអាមេរិក (American Indian) ឬជាជនជាតិដើមអាឡាស្កា (Alaskan Native)? បាទ/ចាស ទេ

តើបុគ្គលរូបនេះមានធានារ៉ាប់រងដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

តើបុគ្គលរូបនេះមានធានារ៉ាប់រង MaineCare (Medicaid) ដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

លេខអត្តសញ្ញាណ MaineCare: _____

ធានារ៉ាប់រងឯកជន? បាទ/ចាស ទេ

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាព: _____

លេខសម្គាល់: _____ លេខក្រុម: _____

ឈ្មោះអ្នកជារ: _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត: _____ លេខទូរស័ព្ទ: _____

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមអំពីបុគ្គលមាននាមខាងលើនេះ។ សូមផ្តល់មតិយោបល់នៅពីក្រោយបែបបទនេះ។

បាទ/ចាស ទេ

1) តើបុគ្គលរូបនេះមានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរ (គ្រោះថ្នាក់ដល់ជីវិត) ដូចជាអាឡាស្កាស៊ីនធីមីត្រូស៊ីតដែរឬទេ?		
2) តើបុគ្គលរូបនេះធ្លាប់មានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរនឹងការធ្វើឱ្យស្លាប់នឹងជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយពីមុនមកដែរឬទេ?		
3) តើបុគ្គលរូបនេះធ្លាប់មានរោគសញ្ញានៃជម្ងឺពាក់ព័ន្ធប្រសាទដែរឬទេ (Guillain-Barre Syndrome)?		
ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយ “បាទ/ចាស” ចំពោះសំណួរ 1-3 សូមទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បីចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយ		
4) តើបុគ្គលរូបនេះមានកើតជំងឺហិកដែរឬទេ បច្ចុប្បន្នកំពុងតែដកដង្ហើមក្នុង មានប្រតិកម្មដកដង្ហើមក្នុង ក្នុងពេលកាត់ មានអាយុក្រោម 5 ឆ្នាំ មានបញ្ហាជាមួយបេះដូង គម្រងនោម សួត ទឹកនោមផ្អែម ឬមានផ្ទៃពោះ ឬបំបៅដោះកូន?		
5) តើបុគ្គលរូបនេះប្រើថ្នាំអាស៊ីរីន ឬប្រើថ្នាំដែលមានជាតិអាស៊ីរីនជាប្រចាំដែរឬទេ? (កុមារ ឬមនុស្សពេញវ័យមិនត្រូវប្រើថ្នាំ អាស៊ីរីនចំនួន 4 សប្តាហ៍ ក្រោយចាក់វ៉ាក់សាំង FluMist) ។		
6) តើបុគ្គលរូបនេះមានប្រព័ន្ធភាពសុំខ្សោយ ឬរាល់ជាមួយមនុស្សដែលមានប្រព័ន្ធភាពសុំខ្សោយធ្ងន់ធ្ងរដែរឬទេ?		
7) តើបុគ្គលរូបនេះមានបានចាក់ថ្នាំ Tamiflu, Relenza, amantadine ឬថ្នាំ rimantadine ក្នុងរវាង 48 ម៉ោងកន្លងមកដែរឬទេ?		
8) តើបុគ្គលរូបនេះមានបានចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្សេងទៀតក្នុងរវាង 4 សប្តាហ៍កន្លងមកដែរឬទេ? បើឆ្លើយថា បាទ/ចាស: ប្រភេទ កាលបរិច្ឆេទ _____		

បើអ្នកឆ្លើយថា “បាទ/ចាស” ចំពោះសំណួរណាមួយពី 4-7 បុគ្គលរូបនេះមិនអាចចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយបានឡើយ

ការអនុញ្ញាតទទួលបានវ៉ាក់សាំង

- ខ្ញុំបានទទួលសេចក្តីប្រកាសពីមានច្បាប់ចម្លងស្តីពីវ៉ាក់សាំងជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយ ខ្ញុំ បានអានរួចហើយ ឬសេចក្តីនោះបានណែនាំខ្ញុំ ហើយខ្ញុំបានដឹងពីអត្ថប្រយោជន៍ និងគ្រោះថ្នាក់របស់វ៉ាក់សាំងជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយនោះ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យករណីគ្រាការចាក់វ៉ាក់សាំងនេះទៅបញ្ចូលក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានភាពសុំ Maine, ImmPact (Maine Immunization Information System, ImmPact) ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យប្រើព័ត៌មានដើម្បីធ្វើវិភាគប្រតិបត្តិការធានារ៉ាប់រង MaineCare ឬធានារ៉ាប់រងឯកជន លើចំណាយផ្តល់វ៉ាក់សាំងនេះ។
- ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យបុគ្គលរូបនេះទទួលបានវ៉ាក់សាំងស័ក្តិសមបំផុត ដែលកំណត់ដោយបុគ្គលិកថែទាំសុខភាពនៅក្លីនិក។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់វ៉ាក់សាំងជម្ងឺគ្រុនទៅបុគ្គលមាននាមខាងលើតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមនេះ។

X _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលប្រសិនបើបុគ្គលត្រូវទទួលបានវ៉ាក់សាំងគឺជាអនីតិជន ឬហត្ថលេខារបស់មនុស្សពេញវ័យដែលត្រូវ ទទួលបានវ៉ាក់សាំង

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬ អាណាព្យាបាល : _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Date Dose Administered	Vaccine Manufacturer	Lot Number	Dose Volume	Signature and Title of Vaccinator	Body Site	Route	VIS date
/ /						<input type="checkbox"/> IM single dose <input type="checkbox"/> IM multi vial	

								State Supplied
								Y N