

បែបបទអនុញ្ញាត & ពិនិត្យសុខភាព វ៉ាក់សាំងជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយឆ្នាំ 2016-2017

NPI: _____

School Name: _____

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

តើបុគ្គលរូបនេះជាជនជាតិអាមេរិក (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) ដូចជាអាឡាស្កាស៊ីដាមួយនិងស៊ុតដែរឬទេ?		
2) តើបុគ្គលរូបនេះធ្លាប់មានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរនឹងការធ្វើឱ្យស្ករនិងជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយពីមុនមកដែរឬទេ?		
3) តើបុគ្គលរូបនេះធ្លាប់មានរោគសញ្ញានៃជម្ងឺពាក់ព័ន្ធនឹងប្រព័ន្ធប្រសាទដែរឬទេ (Guillain-Barre Syndrome)?		

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយ “បាទ/ចាស” ចំពោះសំណួរ 1-3
សូមទៅជួបអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកដើម្បីចាក់វ៉ាក់សាំងការពារជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយ

ការអនុញ្ញាតទទួលបានវ៉ាក់សាំង

- ខ្ញុំបានទទួលសេចក្តីប្រកាសព័ត៌មានច្បាប់ចម្លងស្តីពីវ៉ាក់សាំងជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយ ខ្ញុំបានអានរួចហើយ ឬសេចក្តីនោះបានណែនាំខ្ញុំហើយខ្ញុំបានដឹងពីអត្ថប្រយោជន៍ និងគ្រោះថ្នាក់របស់វ៉ាក់សាំងជម្ងឺគ្រុនផ្តាសាយនោះ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យបញ្ជូនកំណត់វ៉ាក់សាំងនេះទៅក្នុងបញ្ជី ImmPact ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យប្រើព័ត៌មានដើម្បីធ្វើវិក្កយប័ត្រធានារ៉ាប់រង MaineCare ឬធានារ៉ាប់រងឯកជន លើចំណាយផ្តល់វ៉ាក់សាំងនេះ។
- ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យបុគ្គលរូបនេះទទួលបានវ៉ាក់សាំងស័ក្តិសមបំផុត ដែលកំណត់ដោយបុគ្គលិកថែទាំសុខភាពនៅគ្លីនិក។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យផ្តល់វ៉ាក់សាំងជម្ងឺគ្រុនទៅបុគ្គលមាននាមខាងលើតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមនេះ។

X _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលប្រសិនបើបុគ្គលត្រូវទទួលបានវ៉ាក់សាំងគឺជាអនីតិជន
ឬហត្ថលេខារបស់មនុស្សពេញវ័យដែលត្រូវទទួលបានវ៉ាក់សាំង
ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬ អាណាព្យាបាល : _____

FOR OFFICE USE ONLY:

Date Administered	Dose	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 dose	State Supplied Y N