

<SCHOOL NAME>

<SCHOOL YEAR>

NPI: _____

ការពិនិត្យសុខភាពនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺកុមារ និងបែបបទផ្តល់ការយល់ព្រម

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមអំពី អ្នកដែលត្រូវចាក់ថ្នាំ បង្ការ ។

ឈ្មោះ :	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត :	អាយុ :	ថ្នាក់ទី :	ភាសាដែលប្រើ :
សិទ្ធិទទួលបានថ្នាំបង្ការ និងការធានារ៉ាប់រងសុខភាព : <input type="checkbox"/> មានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព, មានសិទ្ធិទទួលបានការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់រដ្ឋ អាយុ <19 ឆ្នាំ <input type="checkbox"/> មិនមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព <input type="checkbox"/> អគ្គលេខ Medicaid/MaineCare		សូមត្រឹមយកគ្រប់ចំណុចដែលពាក់ព័ន្ធ <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមអាមេរិកាំង/ជនជាតិដើមអាឡាស្កា <input type="checkbox"/> បានទទួលការធានារ៉ាប់រងសុខភាពមិនគ្រប់គ្រាន់ <input type="checkbox"/> ធានារ៉ាប់រងសុខភាពពីក្រុមហ៊ុនឯកជន ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន _____ អគ្គលេខ _____ ក្រុមទី _____		យេនឌ័រ: <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> មិនមែនជាប្រុស ឬស្រី/X <input type="checkbox"/> ប្តូរភេទ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> សូមលាក់មិនប្រាប់ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____
សាសនា : <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកាំងស្បែកក្រហម ឬជនជាតិដើមនៅអាឡាស្កា <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមនៅរដ្ឋហាវ៉ៃ ឬជនជាតិផ្សេងទៀតនៅកោះប៉ាស៊ីហ្វិក		<input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ ឬអាមេរិកាំងដើមកំណើតអាហ្វ្រិក <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស <input type="checkbox"/> សាសន៍ផ្សេងទៀត		ជាតិពន្ធ : <input type="checkbox"/> ហ៊ុនប៉ានិក/ឡាទីណូ <input type="checkbox"/> មិនមែនជាហ៊ុនប៉ានិក/មិនមែនជាឡាទីណូ
អាសយដ្ឋានផ្លូវថ្នល់ :	ក្រុង/តំបន់ :	ទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃ :		

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមអំពី បុគ្គលដែលមានឈ្មោះខាងលើ។	បាទ/ចាស	ទេ	មិនដឹង
1. តើកុមារនេះ មានឈឺទេក្នុងថ្ងៃនេះ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. តើកុមារនេះ មានអាឡែស៊ីទៅនឹងថ្នាំ អាហារ សមាសធាតុថ្នាំបង្ការ ឬផ្លូវដៃ ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. តើកុមារនេះ មានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរចំពោះថ្នាំបង្ការ ពីមុនដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. តើកុមារនេះ មានបញ្ហាសុខភាពរយៈពេលវែងជាមួយនឹងជំងឺស្លឹក បេះដូង តម្រងនោម ឬជំងឺមេកាបូលីស (ឧទាហរណ៍ ជំងឺទឹកនោមផ្អែម) ជំងឺហឺត ជំងឺឈាម គ្មានលំពែង កង្វះសមាសធាតុផ្សំ ការផ្សា cochlear ឬការលេចធ្លាយសារធាតុរ៉ាឌីយ៉ូ ដែរឬទេ? តើគាត់ស្ថិតនៅក្នុងការព្យាបាលដោយថ្នាំអាស៊ីរីនរយៈពេលវែងមែនទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. មានកូន បងប្អូនបង្កើត ឬឪពុកម្តាយ ដែលធ្លាប់ប្រកាច់ តើកុមារនេះ មានបញ្ហាខួរក្បាល ឬប្រព័ន្ធប្រសាទផ្សេងទៀតដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. តើកុមារនេះ មានកើតជំងឺមហារីក ជំងឺមហារីកឈាម មេរោគអេដស៍/ជំងឺអេដស៍ ឬបញ្ហាប្រព័ន្ធការពាររាងកាយផ្សេងទៀតដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. តើកុមារនេះ មានឪពុក/ម្តាយ បងប្អូនប្រុស ឬបងប្អូនស្រី ដែលមានបញ្ហាប្រព័ន្ធការពាររាងកាយដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ក្នុងរយៈពេល 3 ខែកន្លងមកនេះ តើកុមាររូបនេះ មានបានលេបថ្នាំដែលបំបាត់ដល់ប្រព័ន្ធការពាររាងកាយដូចជាថ្នាំ prednisone ថ្នាំ steroids ផ្សេងទៀត ឬថ្នាំប្រឆាំងមហារីក ថ្នាំសម្រាប់ព្យាបាលជំងឺរលាកសន្លាក់រ៉ាំរ៉ៃ ថ្នាំព្យាបាលជំងឺ Crohn ឬថ្នាំជំងឺស្បែករបកក្រហម ឬបានទទួលការព្យាបាលដោយការស្លុំ ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ តើកុមាររូបនេះ មានបានទទួលការបញ្ជូនឈាម ឬផលិតផលឈាម ឬត្រូវបានផ្តល់ឱ្យនូវប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ (gamma) globulin ឬថ្នាំប្រឆាំងមេរោគដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. តើកុមារ/ក្មេងជំងឺរូបនេះ មានផ្ទៃពោះ ឬគាត់អាចមានឱកាស មានផ្ទៃពោះក្នុងកំឡុងខែក្រោយ ដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. តើកុមាររូបនេះ មានបានទទួលថ្នាំបង្ការជំងឺ ក្នុងរយៈពេល 4 សប្តាហ៍មុនដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

កុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើ ដល់ពេលកំណត់ ហើយត្រូវ ទទួល ថ្នាំបង្ការជំងឺខាងក្រោម:

<input type="checkbox"/> សូមពិនិត្យមើលកំណត់ត្រាទទួលបានថ្នាំបង្ការជំងឺ របស់កូនខ្ញុំ ហើយផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺ ទៅតាមអ្វីដែលគាត់ត្រូវទទួល	
<input type="checkbox"/> COVID-19	<input type="checkbox"/> ជំងឺបណ្តាលពីបាក់តេរីមេណាំងហ្គោតូក (MenACWY)
<input type="checkbox"/> DTap/Tdap (រោគខាន់ស្លាក់ តេតាណូស ក្អកមាត់)	<input type="checkbox"/> MMR (កញ្ជ្រើល ស្រឡាទែន និងស្តួច)
<input type="checkbox"/> ផ្តាសាយធំ (ថ្នាំបង្ការជំងឺគ្រុនផ្តាសាយធំ)	<input type="checkbox"/> PCV13 (ជំងឺរលាកសួត)
<input type="checkbox"/> Hep A (ជំងឺរលាកថ្លើម A)	<input type="checkbox"/> គ្រុនស្លឹកដៃជើង
<input type="checkbox"/> Hep B (ជំងឺរលាកថ្លើម B)	<input type="checkbox"/> PPSV23 (ជំងឺរលាកថ្លើម ប៉ូលីសាក់កាវិក)
<input type="checkbox"/> Hib (ជំងឺរលាកស្រាមខួរ ប្រភេទ b)	<input type="checkbox"/> វីរុសធ្វើឱ្យមានជម្ងឺរាគលើកូនក្មេង
<input type="checkbox"/> ថ្នាំបង្ការមេរោគ Papillomavirus របស់មនុស្ស(HPV)	<input type="checkbox"/> វីរុសឡា (អុតស្វាយ)
<input type="checkbox"/> ជំងឺបណ្តាលពីបាក់តេរីមេណាំងហ្គោតូក B	<input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ : _____

តើអ្នកមានបានយកកំណត់ត្រាចាក់ថ្នាំបង្ការ របស់កូនអ្នក មកជាមួយដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
 ប្រសិនបើបាទ/ចាស សូមផ្តល់ ឯកសារនេះ ឱ្យអ្នកដែលពិនិត្យមើលបែបបទនេះ ។ អ្នកនឹងទទួលបាន
 នូវកំណត់ត្រានៃការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺដែលបានផ្តល់ជូននៅថ្ងៃនេះ ។

សូមបើកទំព័រម្ខាងទៀត ហើយបំពេញព័ត៌មានទាំងអស់

<SCHOOL NAME>

<SCHOOL YEAR>

NPI: _____

ការពិនិត្យសុខភាពនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺកុមារ និងបែបបទផ្តល់ការយល់ព្រម

សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមអំពី អ្នកដែលត្រូវចាក់ថ្នាំ បង្ការ ។

សូមទាក់ទង ប្រអប់មួយក្នុងចំណោមប្រអប់ខាងក្រោម ៖

- ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺ របស់កូនខ្ញុំ អាចធ្វើបានដោយមិនបាច់មានវត្តមានរបស់ខ្ញុំ ។
- ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺ របស់កូនខ្ញុំ អាចធ្វើបានតែក្នុងករណីមានវត្តមានរបស់ខ្ញុំប៉ុណ្ណោះ ។

ការយល់ព្រមឱ្យចាក់ថ្នាំបង្ការ

- ខ្ញុំបានទទួលសំណើ នៃសេចក្តីថ្លែងការណ៍ព័ត៌មាន ថ្នាំបង្ការជំងឺ (VIS) ខាងលើ ។ ខ្ញុំបានអាន, មានគេពន្យល់ឱ្យខ្ញុំស្តាប់ ហើយយល់ពីព័ត៌មាននៅក្នុង បែបបទ VIS(s) នេះ។
- ខ្ញុំដឹងថាការចាក់ថ្នាំបង្ការនេះ នឹងត្រូវបញ្ជូនទៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានស្តីពីការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺ របស់រដ្ឋមេន ដែលហៅថា ImmPact ។
- ខ្ញុំដឹងថា បុគ្គលដែលទទួលបានថ្នាំបង្ការជំងឺ ត្រូវបានណែនាំអោយស្នាក់នៅកន្លែងទទួលថ្នាំបង្ការ យ៉ាងហោចណាស់ 15 នាទីក្រោយពេលទទួលបានថ្នាំបង្ការជំងឺ រួចរាល់ ។
- ខ្ញុំសូមផ្តល់ ការអនុញ្ញាតឱ្យ យកព័ត៌មាននេះទៅប្រើ ដើម្បីចេញវិក្កយបត្រ MaineCare ឬផ្ញើទៅក្រុមហ៊ុនការធានារ៉ាប់រងសុខភាពឯកជន សម្រាប់ទារវិទ្ធនៃការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ ។
- ខ្ញុំសូមផ្តល់ ការអនុញ្ញាត ឱ្យផ្តល់ថ្នាំបង្ការជំងឺខាងលើ ចំពោះខ្ញុំ ឬចំពោះបុគ្គល ដូចមានឈ្មោះខាងលើ ដែលខ្ញុំបានទទួលការអនុញ្ញាតឱ្យធ្វើសំណើនេះ ។

▶ _____ កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____ ទំនាក់ទំនងចំពោះក្មេង _____

ហត្ថលេខារបស់មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

▶ _____ កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____

ហត្ថលេខារបស់អ្នកបកប្រែផ្ទាល់មាត់

FOR CLINICAL USE ONLY

Documentation Information

Clinic Site: _____ District: _____ Administrator Name: _____

Patient Name: _____ Patient DOB: _____

Vaccine	Dose	Extremity	Site	Route	VIS Date	Manufacturer & Lot #	Expiration Date
COVID-19	Pfizer: 0.3mL Moderna: 0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
DTap/Tdap	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Haemophilus influenzae type b (Hib)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis A (HepA)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Hepatitis B (HepB)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Human papillomavirus (HPV)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, inactivated (IIV)	0.25 mL 0.5mL	Right Left	Forearm Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Flu, (live attenuated) (LAIV4)	0.2mL (0.1mL per nostril)	Left nare Right nare	Bilateral Nares	Intranasal Spray			
Measles, mumps, rubella (MMR)	0.5 mL	Right Left	Posterior tricep Vastus Lateralis	SC			
Meningococcal serogroups ACWY (MenACWY)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Meningococcal B (MenB)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 13-valent conjugate (PCV13)	0.5mL	Right Left	Deltoid Vastus Lateralis	IM			
Pneumococcal 23-valent polysaccharide (PPSV23)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Polio (IPV)	0.5 mL	Right Left	Deltoid Posterior tricep Vastus Lateralis	IM SC			
Rotavirus (RV1) (RV5)	Rotarix 1.0mL RotaTeq 2.0mL	By mouth	Mouth	Oral			
Varicella (VAR)	0.5mL	Right Left	Upper Arm Vastus Lateralis	SC			

State-Supplied Vaccine Yes No

X _____
Signature and Credentials of Vaccine Administrator

Date