

**ការចាក់វ៉ាក់សាំងកូវីដ១៩**

ទំព័រទី១នៃ១

I. **ការពណ៌នា គោលបំណង និងអត្ថប្រយោជន៍រំពឹងទុកនៃដំណើរការវ៉ាក់សាំង** ។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំនឹងទទួលបានវ៉ាក់សាំង តាមរយៈការចាក់ម្តង ក្នុងគោលបំណងកាត់បន្ថយឱកាសមានជំងឺ ដោយសារតែការឆ្លងCovid-19 ។ ការឆ្លងCovid-19 អាចមានផលវិបាកធ្ងន់ធ្ងរនិងគំរាមកំហែងដល់ អាយុជីវិត ខ្ញុំអាចនឹងតម្រូវឱ្យមានការចាក់ថ្នាំ ១លើក ឬ ២លើក និងការចាក់ថ្នាំជំរុញតាមកាលកំណត់ផងដែរ អាស្រ័យតាមវ៉ាក់សាំង Covid-19 ណាមួយ។ ខ្ញុំយល់ព្រមបន្តនៅកន្លែងចាក់វ៉ាក់សាំង យ៉ាងហោចណាស់១៥នាទី បន្ទាប់ពីចាក់វ៉ាក់សាំង ដើម្បីឱ្យខ្ញុំអាចទទួលបានការព្យាបាល ប្រសិនបើខ្ញុំមានប្រតិកម្មគ្រោះថ្នាក់ណាមួយប្រឆាំងវ៉ាក់សាំងនោះ។

II. **ហានិភ័យ និងការកម្រិតដែនកំណត់ដែលអាចមាន ពាក់ព័ន្ធនឹងនីតិវិធី**។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចនឹងឈឺ ឡើងក្រហម និង/ហើម នៅត្រង់កន្លែងចាក់ថ្នាំ។ ហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍សំខាន់ៗផ្សេងទៀត ហើយអាចកើតមាន រួមទាំងហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍ដែលមិនបានដឹង គឺមានរៀបរាប់នៅក្នុងឯកសារអនុញ្ញាតការប្រើប្រាស់បន្ទាន់ (Emergency Use Authorization, EUA) របស់ FDA (Food and Drug Administration) ។ ខ្ញុំបានទទួល និងបានអានសន្លឹកព័ត៌មាន និងបញ្ជីពិនិត្យមុនពេលចាក់វ៉ាក់សាំង សម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងរួចរាល់ហើយ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមានសំណួរអំពីនីតិវិធីថ្នាំ ខ្ញុំនឹងសួរគេមុនពេលទទួលបានការចាក់វ៉ាក់សាំង។ គេមិនទាន់ច្បាស់ថា អត្ថប្រយោជន៍វ៉ាក់សាំងនោះ អាចនឹងមានរយៈពេល ឬមានប្រសិទ្ធភាព ប្រឆាំងនឹងការផ្លាស់ប្តូរទម្រង់របស់ Covid-19 យូរប៉ុណ្ណានោះទេ។ ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចនឹងមានមេរោគ Covid-19 ហើយអាចនឹងចម្លងមេរោគនេះដល់អ្នកដទៃ។ **ដោយហេតុនេះ វ៉ាក់សាំងមិនលុបបំបាត់នូវតម្រូវការនៃការពាក់ម៉ាស់ ការក្លោកម្នាត និងការលាតសម្អាតដៃនោះទេ។**

III. **ជម្រើសនៃការព្យាបាល**ខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំអាចបដិសេធមិនទទួលបានវ៉ាក់សាំង Covid-19។ បច្ចុប្បន្ន ពុំទាន់មានជម្រើសណាផ្សេង ដែលមានប្រសិទ្ធភាពក្នុងការបង្ការជំងឺ Covid-19 ក្រៅតែពីការពាក់ម៉ាស់ ការក្លោកម្នាត និងការលាតសម្អាតដៃនោះឡើយ។

IV. **ការប្រុងប្រយ័ត្នជាមុន/ការប្រកែកបដិសេធ វ៉ាក់សាំងអាចនឹងមិនត្រូវបានចង្អុលបង្ហាញទេ អាស្រ័យលើចម្លើយរបស់អ្នក។**

ថ្ងៃនេះ ក្តៅខ្លួន ឬមិនស្រួលខ្លួនឬទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ ឬ <input type="checkbox"/> ចាស/បាន - ប្រសិនបើចាស/បាន ត្រូវរង់ចាំរហូតដល់បានធូរស្បើយជាងនេះ។
មានប្រវត្តិប្រតិកម្មអាល្លែកស៊ី (ដូចជា ប្រតិកម្មថ្នាំ ឡើងកន្ទួល រមាស់)	<input type="checkbox"/> ទេ ឬ <input type="checkbox"/> ចាស/បាន - ប្រសិនបើចាស/បាន ត្រូវលបចាក់វ៉ាក់សាំង
មានប្រវត្តិប្រតិកម្មអាល្លែកស៊ីភ្លាមៗជាមួយនឹងវ៉ាក់សាំងផ្សេង ទៀតឬទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ ឬ <input type="checkbox"/> ចាស/បាន - ប្រសិនបើចាស/បាន ត្រូវពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យ និងគិតគូរពន្យាការចាក់វ៉ាក់សាំងសិន។
មានប្រវត្តិប្រតិកម្មអាល្លែកស៊ីភ្លាមៗជាមួយនឹងការព្យាបាល ដោយប្រើម្ជុលចាក់ ឬការចាក់ស្បែកឬទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ ឬ <input type="checkbox"/> ចាស/បាន - ប្រសិនបើចាស/បាន ត្រូវពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យ និងគិតគូរពន្យាការចាក់វ៉ាក់សាំងសិន។
មានប្រវត្តិប្រតិកម្មថ្នាំឬទេ?	<input type="checkbox"/> ទេ ឬ <input type="checkbox"/> ចាស/បាន - ប្រសិនបើចាស/បាន ត្រូវសង្កេតមើល ៣០នាទីសិន។

V. **ការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានសុខភាព**ខ្ញុំដឹងថា កំណត់ត្រានៃការគ្រប់គ្រងការចាក់វ៉ាក់សាំង និងដួសជំរុញតាមពេលកំណត់នេះនឹងត្រូវរាយការណ៍ជូនរដ្ឋ និងស្ថាប័នច្បាប់របស់ហាត់ន្ទ។ ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមានការចែករំលែកកំណត់ត្រាការចាក់វ៉ាក់សាំងកូវីដ១៩របស់ខ្ញុំ ជាមួយគ្រូពេទ្យបឋម និងយកទៅប្រើប្រាស់ ឬចែករំលែកដើម្បីការទូទាត់ គុណភាពនៃការព្យាបាល សុវត្ថិភាពអ្នកជំងឺ និងដើម្បីគោលបំណងស្រាវជ្រាវ។ បច្ចុប្បន្ននេះ ប្រសិនបើខ្ញុំធ្វើការឱ្យ MaineHealth ខ្ញុំ អនុញ្ញាតឱ្យ MaineHealth ក្នុងសមត្ថកិច្ចជាអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាល ផ្តល់នូវកំណត់ត្រាទាក់ទងនឹងការចាក់វ៉ាក់សាំង និងដួសជំរុញនេះ ដល់នាយកដ្ឋានសេវាសុខាភិបាលនិយោជិករបស់ MaineHealth និងឱ្យគេទទួលបានព័ត៌មានការចាក់ថ្នាំបង្ការ ដែលមាននៅក្នុងឃ្លាំងទិន្នន័យ ImmPact របស់រដ្ឋ។ ពុំនោះទេ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវចាត់ចែងស្របតាមសេចក្តីប្រកាសព័ត៌មានរបស់ MaineHealth ស្តីអំពីការអនុវត្តឯកជនភាពព័ត៌មានសុខាភិបាល ដែលអាចរកបានតាមអនឡាញតាមអាសយដ្ឋាន <https://www.mainehealth.org/-/media/Maine-Medical-Center/Files/Psychiatry/Notice-Privacy-Practices-2017.pdf>, និងមានឯកសារព្រឹត្តិការណ៍ជាប្រកាស តាមសំណូមពរ។

VI. **ទូរសព្ទទំនាក់ទំនង**ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យ MaineHealth និងភ្នាក់ងាររបស់ខ្លួន ទាក់ទងតាមទូរសព្ទ (ចល័ត ឬអចល័ត) សារជាអក្សរ ឬសារជាសំឡេង តាមលេខទូរសព្ទដែលត្រូវបានផ្តល់ជូនកាលពីលើកមុន។ ការយល់ព្រមនេះអនុវត្តបានចំពោះគ្រប់បុគ្គលដែលដើរតួជំនួសខ្ញុំ។

ឈ្មោះបុគ្គលសម្រាប់ទំនាក់ទំនងបន្ទាន់: \_\_\_\_\_ លេខទូរសព្ទសម្រាប់ទំនាក់ទំនងបន្ទាន់: \_\_\_\_\_

**X**

កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_ ពេលវេលា ព្រឹក | ល្ងាច \_\_\_\_\_ ហត្ថលេខា  អ្នកជំងឺ  ឪពុកម្តាយ  អាណាព្យាបាល Guardian  ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព \_\_\_\_\_

អ្នកទទួលបានការអនុញ្ញាត

ប្រសិនបើយល់ព្រមតាមទូរសព្ទដែលផ្តល់ដោយ ...  អ្នកជំងឺ  អ្នកផ្សេង \_\_\_\_\_ លេខទូរសព្ទ \_\_\_\_\_

**X**

កាលបរិច្ឆេទ

ពេលវេលា ព្រឹក | ល្ងាច

ហត្ថលេខាសាក្សី (សម្រាប់ការយល់ព្រមតាមទូរសព្ទ ឬពេលអ្នកជំងឺមិនអាចកម្រើកខ្លួនបាន)

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព

អ្នកបកប្រែសម្រាប់៖  ភាសាកាយវិការ  ភាសាបរទេស  ផ្សេងៗ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព ឬព័ត៌មានបញ្ជាក់អត្តសញ្ញាណ \_\_\_\_\_

**X**

កាលបរិច្ឆេទ

ពេលវេលា ២៤ម៉ោង

ហត្ថលេខារបស់គ្រូពេទ្យ ឬអ្នកដែលបានចាត់តាំង

ឈ្មោះជាអក្សរពុម្ព

**សម្រាប់បុគ្គលប្រើប្រាស់ប៉ុណ្ណោះ៖**

អ្នកជំងឺមានប្រតិកម្មគ្រោះថ្នាក់ភ្លាមៗជាមួយវ៉ាក់សាំង។  អ្នកជំងឺគ្មានប្រតិកម្មគ្រោះថ្នាក់ភ្លាមៗជាមួយវ៉ាក់សាំង នោះទេ។