



ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយឥតគិតថ្លៃនៅសាលារៀន

សូមបែរទំព័រដើម្បីចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទយល់ព្រម



In Partnership with:

Alameda County Public Health Department | California Department of Public Health | Oakland Unified School District

របៀបទទួលថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់សិស្សរបស់អ្នក៖

- ① អានព័ត៌មានទាំងអស់លើទំព័រនេះ។
- ② ឆ្លើយសំណួរទាំងអស់នៅផ្នែកខាងក្រោយនៃសំណុំបែបបទយល់ព្រមនេះ។ សូមសិស្សម្នាក់បំពេញសំណុំបែបបទមួយច្បាប់។
- ③ ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះរបស់អ្នកនៅផ្នែកចុងក្រោយនៃសំណុំបែបបទយល់ព្រម។
- ④ ប្រគល់សំណុំបែបបទនេះទៅឲ្យសាលារៀនរបស់សិស្សអ្នកភ្លាមៗ។
- ⑤ សូមប្រាប់ទៅសិស្សរបស់អ្នកថា មានតែវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយប៉ុណ្ណោះ ហើយមិនមានថ្នាំបាញ់ច្រមុះឡើយ។

ការទទួលថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយអាចជួយមនុស្សគ្រប់រូបឲ្យមានសុខភាពល្អ។

- ជំងឺផ្កាសាយជាជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ហើយគ្រូពេទ្យកុមារណែនាំឲ្យចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយដល់កុមារគ្រប់រូបរៀងរាល់ឆ្នាំ។
- ការស្រាវជ្រាវបង្ហាញថានៅពេលដែលកុមារបានចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង ពួកគេខានមកសាលារៀនតិចជាងមុន។
- នៅពេលកុមារត្រូវបានចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងការពារជំងឺផ្កាសាយ វាជួយមនុស្សគ្រប់រូបឲ្យមានសុខភាពល្អជាងមុនដោយកាត់បន្ថយនូវការរាលដាលនៃជំងឺផ្កាសាយក្នុងសហគមន៍យើង។

វាមានសុវត្ថិភាព ងាយស្រួល និងតាមការគួរ

- ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយនឹងផ្តល់ជូននៅសាលារៀនក្នុងអំឡុងពេលនៅសាលារៀនដែលចាក់ដោយគិលានុបដ្ឋាយិការដែលបានការបណ្តុះបណ្តាល។
- ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈ ខោនធី Alameda។ វាជាថ្នាំវ៉ាក់សាំងតែមួយដែលសិស្សរបស់អ្នកនឹងទទួលបានពីវេជ្ជបណ្ឌិតធម្មតារបស់អ្នក ឬគ្លីនិក។
- មិនមានគិតតម្លៃ-វាគឺឥតគិតថ្លៃ។

ការចូលរួមដោយគ្មានការចាប់បង្ខំ។

មានតែសិស្សដែលបានបំពេញសំណុំបែបបទយល់ព្រមប៉ុណ្ណោះដែលនឹងទទួលបានវ៉ាក់សាំង។

អត្ថប្រយោជន៍ និងហានិភ័យ។

ការចាក់វ៉ាក់សាំងមានអត្ថប្រយោជន៍ និងហានិភ័យ។

- អត្ថប្រយោជន៍៖ វាអាចការពារអ្នកពីជំងឺផ្កាសាយធ្ងន់ធ្ងរជាងមុនប្រសិនបើវាកើតលើអ្នកនិងការពារមនុស្សនៅជុំវិញអ្នក។
- ហានិភ័យរួមមាន៖ មានប្រតិកម្មស្រាលទៅធ្ងន់ធ្ងរ និងផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំដូចជាការឈឺនៅកន្លែងចាក់ថ្នាំ គ្រុន និងការឈឺចាប់នានា។

មនុស្សមួយចំនួនដែលមិនគួរចាក់វ៉ាក់សាំងផ្កាសាយ រួមមានមនុស្សដែលមានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរដល់ជីវិតបន្ទាប់ពីចាក់វ៉ាក់សាំង ឬរោគសញ្ញាប្រព័ន្ធការពារវាយប្រហារសរសៃឈាម (Guillain-Barre Syndrome) ។

ការត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានបញ្ជាក់ពីវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយ (Influenza Vaccine Information Statement) សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយ អត្ថប្រយោជន៍ និងផលប៉ះពាល់ មាននៅ shootherflu.org/consent និងជាសៀវភៅនៅសាលារៀនរបស់អ្នក និងនាយកដ្ឋានសុខភាព។

ទម្លាប់អនុវត្តក្នុងករណីរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈ ខោនធី Alameda (ACPHD) ៖ ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកគឺជាព័ត៌មានសម្ងាត់

ហើយត្រូវបានការពារដោយច្បាប់មួយចំនួន។ យើងទទួលខុសត្រូវការពារព័ត៌មាននេះ ដែលតម្រូវដោយច្បាប់ទាំងនេះ ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីទម្លាប់អនុវត្តក្នុងករណី ដែលកំណត់ពីកាតព្វកិច្ចរបស់យើងតាមផ្លូវច្បាប់ និងទម្លាប់អនុវត្តនីតិវិធីរបស់យើង។ យើងក៏ទទួលខុសត្រូវគោរពតាមលក្ខខណ្ឌនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដែលមានប្រសិទ្ធភាពនាបច្ចុប្បន្ន។ អ្នកអាចរកបាននូវច្បាប់ចម្លងទាំងមូលនៅ shootherflu.org/consent ឬសួររកឯកសារនេះពី ACPHD ឬ រកវាទៅសាលារៀននៅថ្ងៃចាក់វ៉ាក់សាំង។

បញ្ជីចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា (CAIR) គឺជាប្រព័ន្ធកុំព្យូទ័រមានសុវត្ថិភាព និងសម្ងាត់ដែលដំណើរការដោយក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាដែលការចែករំលែកព័ត៌មានដល់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ដែលរួមមានទាំងពេទ្យកុមារក្នុងតំបន់ជាច្រើននាក់។ ACPHD នឹងដាក់ព័ត៌មានអំពីការចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងសិស្សរបស់អ្នកចូលទៅក្នុង CAIR ដូចដែលបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់រដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា។ ព័ត៌មានលម្អិតសូមចូលទៅ CAIR cairweb.org

គួសប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ឲ្យព័ត៌មានចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងរបស់សិស្សអ្នកត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលប្រើប្រាស់ CAIR ទេនោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់ពាក្យនេះ

សូមទាក់ទងមកកម្មវិធីចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងនៃក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈរបស់ Alameda County តាមលេខ 510-267-3230 ឬចូលទៅ ShooTheFlu.org





ទម្រង់ពាក្យយល់ព្រមចាក់វ៉ាក់សាំងផ្កាសាយ

មួយច្បាប់សម្រាប់សិស្សម្នាក់

បច្ចុប្បន្នភាពសំខាន់៖ ដោយសារតែការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងអនុសាសន៍ថ្នាក់ជាតិ វ៉ាក់សាំងបាញ់ច្រមុះ (FluMist) មិនមានទេសម្រាប់ឆ្នាំនេះនៅគ្រប់ការិយាល័យរបស់អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព ឬតាម Shoo the Flu។ ឆ្នាំនេះមានតែវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយប៉ុណ្ណោះឆ្នាំនេះ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមចូលទៅ cdc.gov/flu

ព័ត៌មានរបស់សិស្ស

ឈ្មោះសិស្ស (នាម) _____ (នាមត្រកូល) _____

អាសយដ្ឋានផ្ទះ: _____ ហ្សឺបកូដ _____
ខែ _____ ថ្ងៃ _____ ឆ្នាំ _____ អាយុ: ប្រុស ស្រី
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតសិស្ស _____ អាយុ _____

ឈ្មោះសាលា _____ គ្រូ/បន្ទប់លេខ _____ ថ្នាក់ _____

អ៊ីមែលអាណាព្យាបាល _____ ទូរស័ព្ទ _____

ឈ្មោះម្តាយ _____ ឈ្មោះម្តាយត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីរកសិស្សនៅក្នុង CAIR។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមនៅលើ CAIR សូមមើលទំព័រម្ខាងទៀត។

តើយើងអាចទាក់ទងអ្នកដើម្បីទទួលបានមតិយោបល់អំពីរបៀបធ្វើឲ្យកម្មវិធីនេះកាន់តែល្អប្រសើរបានដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់សិស្ស៖ ថ្នាំវ៉ាក់សាំងនេះគឺឥតគិតថ្លៃ ឈ្មោះរបស់អ្នកនឹងមិនភ្ជាប់នឹងព័ត៌មាននេះទេ ហើយយើងនឹងមិនចេញវិក្កយបត្រទៅក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់អ្នកទេ។

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> Alameda Alliance—Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Blue Cross—Medi-Cal | <input type="checkbox"/> Kaiser—Medi-Cal | <input type="checkbox"/> គ្មានធានារ៉ាប់រង ឯកជន |
| <input type="checkbox"/> United Health Care | <input type="checkbox"/> Blue Cross—ឯកជន | <input type="checkbox"/> Kaiser—ឯកជន | <input type="checkbox"/> Cigna |
| <input type="checkbox"/> Blue Shield | <input type="checkbox"/> Health Net | <input type="checkbox"/> Aetna | <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត _____ |

ពូជសាសន៍ ឬក្រុមជនជាតិរបស់សិស្ស៖ (ចូរជ្រើសរើស)

យើងសូរសំណួរនេះដើម្បីជួយឲ្យយើងធានាដល់ការចូលប្រើកម្មវិធីនេះដោយស្មើភាព។

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <input type="checkbox"/> អាស៊ី | <input type="checkbox"/> អាមេរិកឥណ្ឌា ឬ ជនជាតិអាឡាស្កាដើម | <input type="checkbox"/> អាមេរិកស្បែកខ្មៅ/អាហ្វ្រិក |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដើមនៅកោះហាវ៉ៃ ឬកោះផ្សេងទៀត | <input type="checkbox"/> ឡាទីណូ |

សំណួរវេជ្ជសាស្ត្រ — អ្នកត្រូវតែឆ្លើយសំណួរទាំងអស់

- តើសិស្សរបស់អ្នកអាចទាក់ស៊ុននឹងជាតិកៅស៊ូឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
- តើសិស្សរបស់អ្នកអាចទាក់ស៊ុននឹងស៊ុតដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
- តើសិស្សរបស់អ្នកធ្លាប់ប្រតិកម្មនឹងវ៉ាក់សាំងណាមួយទេ? បាទ/ចាស ទេ
- តើសិស្សរបស់អ្នកធ្លាប់មានជំងឺសាច់ដុំចុះខ្សោយដែលហៅថា Guillain-Barre Syndrome ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ហត្ថលេខា និងការយល់ព្រម

នៅពេលខ្ញុំ (ឪពុក/ម្តាយ/អាណាព្យាបាល) ចុះហត្ថលេខាលើខ្ញុំខាងក្រោម វាមានន័យទាំងនេះ:

- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យសិស្សដែលមានឈ្មោះលើសំណុំបែបបទនេះទទួលថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយនៅសាលារៀន។
- ខ្ញុំបានអាន ឬបានពន្យល់ដល់ខ្ញុំថា សន្លឹកព័ត៌មានថ្នាំវ៉ាក់សាំង (VIS) និងយល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ និងហានិភ័យនៃវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយ។
- សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីទម្លាប់អនុវត្តន៍ឯកជនភាពនៃក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈ ខោនធី Alameda។

ហត្ថលេខា _____

កាលបរិច្ឆេទ _____

ឈ្មោះ: _____

ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនឹងសិស្ស៖

ម្តាយ ឪពុក អាណាព្យាបាលផ្លូវច្បាប់

ផ្សេងទៀត: _____

ត្រឡប់ទៅទំព័រសម្រាប់ សេចក្តីណែនាំ >>>