



ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយឥតគិតថ្លៃនៅសាលារៀន

សូមបែរទំព័រដើម្បីចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទយល់ព្រម



In Partnership with:
Alameda County Public Health Department | California Department of Public Health | Local School Districts

របៀបទទួលថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយដោយឥតគិតថ្លៃសម្រាប់សិស្សរបស់អ្នក៖

- ① អានព័ត៌មានទាំងអស់លើទំព័រនេះ។
- ② ឆ្លើយសំណួរ **ទាំងអស់**នៅផ្នែកខាងក្រោយនៃសំណុំបែបបទយល់ព្រមនេះ។ សូមសិស្សម្នាក់បំពេញសំណុំបែបបទមួយច្បាប់។
- ③ ចុះហត្ថលេខាលើរបស់អ្នកនៅផ្នែកចុងក្រោយនៃសំណុំបែបបទយល់ព្រម។
- ④ ប្រគល់សំណុំបែបបទនេះទៅឲ្យសាលារៀនរបស់សិស្សអ្នកភ្លាមៗ។

សូមចម្លងបន្តនូវក្តីសប្បាយ! មិនមែនជំងឺផ្កាសាយទេ។

- ជំងឺផ្កាសាយជាជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ ហើយគ្រូពេទ្យក្រុមការណ៍នាំឲ្យចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយដល់កុមារគ្រប់រូបរៀងរាល់ឆ្នាំ។
- ការស្រាវជ្រាវបង្ហាញថានៅពេលដែលកុមារបានចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំង ពួកគេខានមកសាលារៀនតិចជាងមុន។ ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាលអាចខកខានក្នុងការទៅធ្វើការងារ ក៏តិចថ្ងៃជាងមុនដែរ។
- វាក៏ការពារមនុស្សដែលនៅជុំវិញពួកគេ មានរួមទាំងទារកនិងមនុស្សចាស់ផងដែរ។

វាមានសុវត្ថិភាព ងាយស្រួល និងតាមការគួរ

- ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយនឹងផ្តល់ជូននៅសាលារៀនក្នុងអំឡុងពេលនៅសាលារៀនដែលចាក់ដោយគិលានុបដ្ឋាយិការដែលបានការបណ្តុះបណ្តាល។
- ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយក្រសួងសុខាភិបាល។ វាជាថ្នាំវ៉ាក់សាំងតែមួយដែលសិស្សរបស់អ្នកនឹងទទួលបានពីរដ្ឋបណ្ឌិតធម្មតារបស់អ្នក ឬគ្លីនិក។
- មិនមានគិតកម្រៃ-វាគឺឥតគិតថ្លៃ។

ការចូលរួមដោយគ្មានការចាប់បង្ខំ។

បើអ្នកចង់ឲ្យសិស្សរបស់អ្នកទទួលបានថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយនៅសាលារៀន សូមបំពេញ ទម្រង់ពាក្យយល់ព្រមនេះ។ ទោះបីអ្នកបំពេញទម្រង់ពាក្យយល់ព្រមនេះក៏ដោយ សិស្សទាំងឡាយណាដែលមានប្រតិកម្មនឹងថ្នាំវ៉ាក់សាំងនេះ នៅតែមិនអាចចាក់ថ្នាំនេះបាន។

អត្ថប្រយោជន៍ និងហានិភ័យ។

- អត្ថប្រយោជន៍រួមមាន៖ វាអាចការពារសិស្សរបស់លោកអ្នកកុំឲ្យកើតជំងឺផ្កាសាយ និងធ្វើឲ្យជំងឺផ្កាសាយមានលក្ខណៈស្រាលជាងដែរ ប្រសិនបើពួកគេឈឺនោះ។
- ហានិភ័យរួមមាន៖ មានប្រតិកម្មស្រាលទៅធ្ងន់ធ្ងរ និងផលប៉ះពាល់បន្ទាប់បន្សំដូចជាការឈឺនៅកន្លែងចាក់ថ្នាំ គ្រុន និងការឈឺចាប់នានា។

សិស្សរបស់អ្នកមិនគួរចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយទេបើគេធ្លាប់មានប្រតិកម្មធ្ងន់ធ្ងរឬយ៉ាងដល់ជីវិតក្រោយពេលចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងណាមួយ ឬធ្លាប់មានជំងឺ គឺឡែន បារ៉េ (Guillain-Barre Syndrome, GBS)។

ការត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានបញ្ជាក់ពីវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយ (Influenza Vaccine Information Statement, VIS) ដើម្បីបានព័ត៌មានបន្ថែម - មាននៅឯសាលារៀនរបស់សិស្សរបស់លោកអ្នក ក្រសួងសុខាភិបាល និង នៅឯ shootherflu.org/consent។

ទម្លាប់អនុវត្តក្នុងករណីរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈ ខោនធី Alameda (ACPHD)៖ ព័ត៌មានសុខភាពរបស់អ្នកគឺជាព័ត៌មានសម្ងាត់ ហើយត្រូវបានការពារដោយច្បាប់មួយចំនួន។ យើងទទួលខុសត្រូវការពារព័ត៌មាននេះ ដែលត្រូវដោយច្បាប់ទាំងនេះ ហើយផ្តល់ជូនអ្នកនូវសេចក្តីជូនដំណឹងអំពីទម្លាប់អនុវត្តក្នុងករណី ដែលកំណត់ពីភាគព្យាបាលរបស់យើងតាមផ្លូវច្បាប់ និងទម្លាប់អនុវត្តនិងករណីរបស់យើង។ យើងក៏ទទួលខុសត្រូវគោរពតាមលក្ខខណ្ឌនៃសេចក្តីជូនដំណឹងនេះ ដែលមានប្រសិទ្ធភាពនាបច្ចុប្បន្ន។ អ្នកអាចរកបាននូវច្បាប់ចម្លងទាំងមូលនៅ វិបសាយ shootherflu.org/consent ឬសួររកឯកសារនេះពី ACPHD ឬ រកវានៅសាលារៀននៅថ្ងៃចាក់វ៉ាក់សាំង។

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

គួសប្រអប់នេះ ប្រសិនបើអ្នកមិនចង់ឲ្យព័ត៌មានចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងរបស់សិស្សអ្នកត្រូវបានចែករំលែកជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដែលប្រើប្រាស់ CAIR ទេនោះ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសំណួរ ឬត្រូវការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់ពាក្យនេះ

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





ទម្រង់ពាក្យយល់ព្រមចាក់វ៉ាក់សាំងផ្កាសាយ

**** មួយច្បាប់សម្រាប់សិស្សម្នាក់ ****

ព័ត៌មានរបស់សិស្ស
ឈ្មោះសិស្ស (នាម)

នាមត្រកូល

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតសិស្ស

អាយុ

សិស្សភេទ៖ ប្រុស ស្រី

អាសយដ្ឋានផ្ទះ

បម្រើបក្សដ

ឈ្មោះសាលា

គ្រូ/បន្ទប់លេខ

ថ្នាក់

អ៊ីម៉ែលឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល

ទូរស័ព្ទ

ឈ្មោះម្តាយ

ឈ្មោះម្តាយត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីរកសិស្សនៅក្នុង CAIR ។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមនៅលើ CAIR សូមមើលទំព័រខាងទៀត។

តើយើងអាចទាក់ទងអ្នកដើម្បីទទួលបានមតិយោបល់អំពីរបៀបធ្វើឲ្យកម្មវិធីនេះកាន់តែល្អប្រសើរបានដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
ការធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់សិស្ស៖

សេវានេះមិនគិតថ្លៃទេ។ ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងសុខភាពរបស់អ្នកអាចជួយបង់ថ្លៃចំណាយនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់សិស្សរបស់លោកអ្នក ប៉ុន្តែមិនគិតថ្លៃអ្នកទេ។

លេខធានារ៉ាប់រងវេជ្ជសាស្ត្រ

- | | | | |
|--|--|--|--|
| <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—Private | <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)

យើងសូមសំណួរនេះដើម្បីជួយឲ្យយើងធានាដល់ការចូលប្រើកម្មវិធីនេះដោយស្មើភាព។

- | | | |
|---------------------------------------|---|---|
| <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—លោកអ្នកត្រូវឆ្លើយរាល់សំណួរ

- ① តើសិស្សរបស់អ្នកអាចក្លាយជាជនមានជំងឺស៊ីនីតិកាស៊ីយូទេ? បាទ/ចាស ទេ
- ② តើសិស្សរបស់អ្នកអាចក្លាយជាជនមានជំងឺស៊ីនីតិកាស៊ីយូដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ
- ③ តើសិស្សរបស់អ្នកធ្លាប់ប្រតិបត្តិកម្មនឹងវ៉ាក់សាំងណាមេ? បាទ/ចាស ទេ
- ④ តើសិស្សរបស់អ្នកធ្លាប់មានជំងឺសាច់ដុំចុះខ្សោយដែលហៅថា Guillain-Barre Syndrome ឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

ហត្ថលេខា និងការយល់ព្រម

នៅពេលខ្ញុំ (ឪពុក/ម្តាយ/អាណាព្យាបាល)
ចុះហត្ថលេខាលើឈ្មោះខ្ញុំខាងក្រោម វាមានន័យទាំងនេះ

- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឲ្យសិស្សដែលមានឈ្មោះលើសំណុំបែបបទនេះទទួលបានវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយនៅសាលារៀន។
- ខ្ញុំបានអាន ឬបានឮស្ទួលដល់ខ្ញុំថា សំន្តឹកព័ត៌មានថ្នាំវ៉ាក់សាំង (VIS) និងយល់ពីអត្ថប្រយោជន៍ និងហានិភ័យនៃវ៉ាក់សាំងផ្កាសាយ។
- សេចក្តីជូនដំណឹងអំពីទម្លាប់អនុវត្តន៍ឯកជនភាពនៃក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈ ខោនធី Alameda។

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាល (តម្រូវឲ្យមាន)

កាលបរិច្ឆេទ

ឈ្មោះ

ទំនាក់ទំនងរបស់អ្នកនឹងសិស្ស៖

- | | | |
|--|-------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> ម្តាយ | <input type="checkbox"/> ឪពុក | <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាលផ្លូវច្បាប់ |
| <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត៖ _____ | | |