

ក្រដាសចុះកិច្ចព្រមព្រៀងចាក់វ៉ាក់សាំងកូវីដ-១៩ COVID-19

សម្រាប់ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈ - ទីតាំងចាក់វ៉ាក់សាំងនៅតំបន់យឹងខោនធី King County និងទីក្រុងស៊ីដដូល

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត _____

ចាក់វ៉ាក់សាំងដូសលើទីមួយឬលើកទីពីរ: ដូសទីមួយ ដូសទីពីរ

ការទទួលស្គាល់: គេបានផ្តល់ឱកាសឲ្យខ្ញុំពិនិត្យមើលឡើងវិញនូវក្រដាសព័ត៌មានលម្អិតស្តីអំពីការចាក់វ៉ាក់សាំងកូវីដ-១៩ COVID-19 សម្រាប់អ្នកទទួលនិងអ្នកថែទាំ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំអាចពិនិត្យឡើងវិញនូវក្រដាសព័ត៌មានលម្អិតនៅទីតាំងចាក់វ៉ាក់សាំងឬតាមអនឡាញ (មានលេខកូដ QR នៅខាងក្រោម) ។



ក្រដាសព័ត៌មានលម្អិតស្តីអំពីថ្នាំវ៉ាក់សាំង COVID-19 Pfizer-BioNTech:
www.fda.gov/media/144760/download

ក្រដាសព័ត៌មានលម្អិតស្តីអំពីថ្នាំវ៉ាក់សាំង COVID-19 ម៉ូឌឺណា Moderna:
www.fda.gov/media/144638/download

ក្រដាសព័ត៌មានលម្អិតស្តីអំពីថ្នាំវ៉ាក់សាំង COVID-19 Jansen/Johnson&Johnson:
www.fda.gov/media/146699/download

ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថ្នាំវ៉ាក់សាំង COVID-19 មាននៅ: kingcounty.gov/yourvaccine/khmer

កិច្ចព្រមព្រៀងអនុញ្ញាតពីមនុស្សពេញវ័យ: ខ្ញុំយល់ព្រមអនុញ្ញាតឲ្យអ្នកជំងឺដែលមានឈ្មោះនៅខាងលើចាក់ថ្នាំវ៉ាក់សាំងនេះ។ ខ្ញុំស្នើសុំឲ្យចាក់វ៉ាក់សាំងដូសអ្នកជំងឺដែលមានឈ្មោះនៅខាងលើ។ ខ្ញុំយល់ថា អ្នកជំងឺគួរតែរង់ចាំនៅទីតាំងចាក់វ៉ាក់សាំងពី ១៥ ទៅ ៣០ នាទីក្រោយពីបានចាក់វ៉ាក់សាំងរួច ដើម្បីឲ្យគេសង្កេតមើលការប្រតិកម្មនិងផលប៉ះពាល់ដែលអាចកើតមាន ភ្លាមៗហើយនិង ទទួលការព្យាបាលពីគ្រូពេទ្យប្រសិនបើចាំបាច់។

ហត្ថលេខារបស់អ្នកពេញវ័យផ្តល់ការអនុញ្ញាត _____ កាលបរិច្ឆេទ _____

ឬក៏

For Vaccine Site:
Verbal consent by _____ given by _____ to _____ on _____
Authorized Adult Name Phone/Device Staff Name Date

ការយល់ព្រមពីបុគ្គលមិនទាន់ពេញច្បាប់: ខ្ញុំគឺជាក្មេងម្នាក់ដែលមានសិទ្ធិពេញច្បាប់ ជាបុគ្គលក្រោមអាយុម្នាក់មានសិទ្ធិពេញច្បាប់រៀបការជាមួយមនុស្សពេញវ័យ ឬត្រូវបានគេកំណត់ថា ជាមនុស្សក្មេងពេញវ័យម្នាក់។ ខ្ញុំស្នើសុំឲ្យចាក់វ៉ាក់សាំងឲ្យខ្ញុំ។ ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំគួរតែរង់ចាំនៅទីតាំងចាក់វ៉ាក់សាំងពី ១៥ ទៅ ៣០ នាទីក្រោយពីបានចាក់វ៉ាក់សាំងរួច ដើម្បីឲ្យគេសង្កេតមើលការប្រតិកម្មនិង ផលប៉ះពាល់ដែលអាចកើតមានភ្លាមៗហើយនិងទទួលការព្យាបាលពីគ្រូពេទ្យប្រសិនបើចាំបាច់។

ហត្ថលេខារបស់ក្មេងមានសិទ្ធិពេញច្បាប់/រៀបការជាមួយមនុស្សពេញវ័យ/ក្មេងពេញវ័យ _____ កាលបរិច្ឆេទ _____