[크메르어-캄보디아]

កម្រងសំនួរសំរាប់ការផ្តល់ថ្នាំបង្ការ

លេខចុះបញ្ជី		ភេទ : ☐ ប្រុស ☐ ស្រី	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត: _____/_____/_____ (ខែ) (ថ្ងៃ) (ឆ្នាំ)	លេខទូរស័ព្ទ :
ឈ្មោះ				ទំងន់ : (គីឡូក្រាម)
អាស័យដ្ឋាន				

សំនួរខាងក្រោមនឹងជួយពួកយើងដើម្បីកំណត់ថា៖ តើវ៉ាក់សាំងមួយណាដែលអ្នកនឹងទទួលនៅថ្ងៃនេះ។ ប្រសិនអ្នកឆ្លើយថា " បាទ/ចាស " ចំពោះសំនួរណាមួយ វាមិនមានន័យថាអ្នក នឹង មិនទទួលវ៉ាក់សាំង នោះទេ។ វាគ្រាន់តែជាសំនួរបន្ថែមតែប៉ុណ្ណោះ។ ប្រសិនបើសំនួរណាមួយមិនច្បាស់ សូមសួរអ្នកផ្តល់សេវាសុខាភិបាលរបស់អ្នកដើម្បីពន្យល់។ (**សូមគូស** ✓)

តើអ្នកមានជំងឺ ឬ មានបញ្ហាផ្នែកសុខភាពដែរឬទេនៅថ្ងៃនេះ? ប្រសិនបើមានជំងឺ ឬ មានបញ្ហាផ្នែកសុខភាពសូមរៀបរាប់ពីរោគសញ្ញា :	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
តើអ្នកធ្លាប់អានអានអក្ការ: កន្ទាពត្រអាក ឬ រអាស រន្ទាប់ពីចាក់វ៉ាក់សាំង ឬ រន្ទាប់ពីញ៉ាំអាហារ (រាប់ទាំងពងអាន់ ពងទា) ឬ រន្ទាប់ពីពេលក្អៅ ?	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
តើអ្នកធ្លាប់មានប្រតិកម្មចម្លែកអ្វីទេ ក្នុងការចាក់វ៉ាក់សាំងកាលពីមុនដែរឬទេ? ប្រសិនបើមានប្រតិកម្ម សូមបញ្ជាក់ពីឈ្មោះវ៉ាក់សាំងនោះ:	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
តើអ្នកធ្លាប់បានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ឬព្យាបាលជំងឺខុសធម្មតាពីកំណើត ជំងឺហឺត និងមានបញ្ហាសុខភាពដែលទាក់ទងទៅនឹង សួត បេះដូង តំរង់ទឹកនោម ថ្លើម ឬ ជំងឺនៃវិវត្តិអេតាបូពីសរ ដូចជាជំងឺទឹកនោមផ្អែម ឬ ជំងឺដែលទាក់ទងនឹងពពេកអ? ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ពីបញ្ហាសុខភាពទាំងនោះ ៖	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
តើធ្លាប់មានអក្ការ:ប្រកាច់ ឬ ជំងឺខួរក្បាល ឬ ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទផ្សេងៗ (រាប់ទាំងរោគទន់មួយកំណាត់ខ្លួនខាងក្រោម) ដែរឬទេ?	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
តើអ្នកមានជំងឺមហារីក រោគឈាមសស៊ីឈាមក្រហម ឬក៏ជំងឺប្រពន្ធ័ភាពស៊ាំក្នុងខ្លួនចុះខ្សោយ ដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមរៀបរាប់ពីរោគសញ្ញានៃជំងឺទាំងនោះ ៖	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
រយៈពេល ៣ ខែកន្លងទៅថ្មីៗនេះ តើអ្នកធ្លាប់បានប្រើប្រាស់ឱសថការពារជំងឺមហារីក ឬ ពពួកឱសថ Cortisone, Prednisone Steroids ឬក៏ឱសថ ព្យាបាលជំងឺបេះដូងដែរឬទេ ?	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
រយៈពេលមួយឆ្នាំកន្លងទៅថ្មីៗនេះ តើអ្នកធ្លាប់បានទទួលការបញ្ចូលឈាម ឬផ្តល់ឈាម ឬក៏បានទទួល Immune (Gamma) ដែរឬទេ?	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
រយៈពេលមួយខែកន្លងទៅថ្មីៗនេះ តើអ្នកធ្លាប់បានចាក់ ឬ ទទួលវ៉ាក់សាំងដែរឬទេ? ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់ពីឈ្មោះវ៉ាក់សាំងនោះ៖	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ
(សំរាប់ស្ត្រី) តើអ្នកកំពុងតែមានគត់ ឬអ្នកអាចនឹងមានគត់នៅខែក្រោយដែរឬទេ ?	☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ក្រោយពីបានទទួលនូវការបកស្រាយលទ្ធផល និង អក្ការ:មួយចំនួនដែលទាក់ទងទៅនឹងបញ្ហាកើតមានក្រោយផ្តល់ថ្នាំបង្ការ រួចមក ខ្ញុំអនុញ្ញាតអោយអ្នកទទួលវ៉ាក់សាំង

ឈ្មោះឪពុក ម្តាយ/អណាព្យាបាល /អ្នកចាក់វ៉ាក់សាំង (ហត្ថលេខា) ត្រូវជា ៖ ឆ្នាំ _____ ខែ ____ ថ្ងៃ _____

※ ខ្ញុំនឹងផ្តល់អោយអ្នកនូវសារដ៏ខ្លីមួយ (SMS) ពីការបញ្ជាក់នៃការផ្តល់វ៉ាក់សាំងនេះ និង ការណែនាំការផ្តល់វ៉ាក់សាំងបន្ទាប់ ☐លេខទូរស័ព្ទ :

លទ្ធផលនៃការពិនិត្យរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត (ផ្នែកត្រូវបំពេញដោយវេជ្ជបណ្ឌិត)		**សូមគូស** ✓
សីតុណ្ហភាពនៅក្នុងខ្លួន : °C	ខ្ញុំបានពន្យល់ពីហានិភ័យនៃបញ្ហាកើតមានក្រោយផ្តល់ថ្នាំបង្ការ	☐
ខ្ញុំបានពន្យល់ថា ដើម្បីតាមដាននូវអក្ការ:ផ្សេងៗ អ្នកទទួលវ៉ាក់សាំងគួរតែសំរាព្យាបាលនៅកន្លែងពិនិត្យព្យាបាល អោយបាន ២០ ទៅ ៣០នាទី		☐
លទ្ធផលនៃការពិនិត្យលើកមុន :		
ដោយយោងតាមអក្ការ:ផ្សេងៗនៃជំងឺ និង ការពិនិត្យរាងកាយ អ្នកទទួលវ៉ាក់សាំងអាចទទួលវ៉ាក់សាំងបាន។ ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត: ..... (ហត្ថលេខា)		

ពត៌មាន និង លទ្ធផលពិនិត្យខាងលើនឹងត្រូវបានរក្សាទុកដោយសុវត្ថិភាពសំរាប់រយៈពេល ៥ ឆ្នាំ និងប្រើសំរាប់តែការវាយតំលៃសុវត្ថិភាពនៃការផ្តល់ថ្នាំបង្ការតែប៉ុណ្ណោះ (មាត្រា២៦នៃស្តីពីការគ្រប់គ្រង និងការការពារជំងឺឆ្លង) របាយការណ៍នៃការផ្តល់ថ្នាំបង្ការនេះត្រូវបានប្រមូលឡើង និង ចែកចាយរវាងមណ្ឌលសុខភាពនានា ឬ ក្នុងចំនោមអ្នកផ្តល់ថ្នាំបង្ការក្នុងគោលបំណងដើម្បីការពារដល់អ្នក ដែលមិនបានទទួលថ្នាំបង្ការ និង ងួកធ្លាប់បានទទួលថ្នាំបង្ការ ព្រមទាំងចេញនូវវិញ្ញាប័នប័ត្រនៃការទទួលថ្នាំបង្ការ (មាត្រា ២៨ នៃស្តីពីការគ្រប់គ្រង និង ការការពារជំងឺឆ្លង និង មាត្រា២៣ នៃវិសោធន៍កម្មនៃច្បាប់នោះ)។ របាយការណ៍នេះត្រូវបានរក្សាទុកពាក់កណ្តាលអចិន្ត្រៃយ៍នៅលើមូលដ្ឋាននៃបទបញ្ញត្តិ ស្តីពីច្បាប់នៃមាត្រាគ្រប់គ្រងរបាយការណ៍សាធារណៈ។

※ ពត៌មានទូទៅមាន៖ ពត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកទទួលវ៉ាក់សាំង (ឈ្មោះ ជនជាតិ លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ អាស័យដ្ឋាន, លេខទូរស័ព្ទ); ពត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ឪពុកម្តាយ ឬអណាព្យាបាល និង ពត៌មានជាក់លាក់ក្នុងការទទួលវ៉ាក់សាំង (ឈ្មោះវ៉ាក់សាំងដែលត្រូវទទួល កាលបរិច្ឆេទនៃការទទួលវ៉ាក់សាំង , កំរិតដូស, ប្រភេទ, វិធីសាស្ត្រ និង កន្លែងដែលត្រូវចាក់). ពត៌មាននេះនឹងត្រូវរក្សាទុក យ៉ាងសុវត្ថិភាព និង គ្រប់គ្រងយ៉ាងតឹងរ៉ឹង (យោងទៅតាមច្បាប់ No. 10465).

번역(Translator) : 한국외방선교회 / 감수(Supervisor) : Chham Samnang