



ទំនប់បំពេញការយល់ព្រម ចំពោះវ៉ាក់សាំង COVID-19 សំរាប់បុគ្គលអាយុ 5-17 ឆ្នាំ

ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានអំពីកូន ដើម្បីទទួលវ៉ាក់សាំង Pfizer COVID-19 (សូមសរសេរអក្សរព្រម)

ឈ្មោះកូន (នាមត្រកូល, ខ្លួន, កណ្តាល)

ខែថ្ងៃឆ្នាំកើត
(mm/dd/yyyy)

អាយុ

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ក្រុង

រដ្ឋ

ស៊ីបកូដ

លេខទូរស័ព្ទ

ផ្នែកទី 2: ព័ត៌មានអំពីវ៉ាក់សាំង Pfizer

កូនរបស់អ្នកកំពុងត្រូវបានផ្តល់ជូន នូវវ៉ាក់សាំង COVID-19 បានផលិតដោយក្រុមហ៊ុន Pfizer-BioNTech។ វ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 ត្រូវបានទទួលស្គាល់ដោយ នាយកដ្ឋានភោជនភណ្ឌ និងឱសថូបករណ៍ (Food and Drug Administration, FDA) សហរដ្ឋ សំរាប់មនុស្សអាយុ 16 ឆ្នាំ និងចាស់ជាង ដោយមានឈ្មោះម៉ាក Comirnaty។ FDA ក៏បានចេញការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើជាអាសន្ន នូវវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19: (i) សំរាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំង ជាបឋមបន្តៗគ្នា ក្នុងមនុស្សអាយុ 5 ឆ្នាំ និងចាស់ជាង, (ii) ថ្នាំចាក់បន្ថែមតែមួយដូស យ៉ាងហោច 5 ខែ បន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការចាក់ជាបឋមបន្តៗគ្នា ក្នុងបុគ្គលអាយុ 12 ឆ្នាំ និងចាស់ជាង; និង (iii) វ៉ាក់សាំងដូសទីបី ជាបឋមបន្តៗគ្នា យ៉ាងហោច 28 ថ្ងៃ បន្ទាប់ពីដូសទីពីរ ក្នុងបុគ្គលដែលអន់ខ្សោយប្រព័ន្ធសុំរោគ អាយុ 5 ឆ្នាំ និងចាស់ជាង។ វ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 និង Comirnaty ទាំងពីរមុខ គឺត្រូវបានចាក់ឱ្យជាបន្តៗគ្នា 2-ដូស ឃ្លាតពីគ្នា 3 អាទិត្យ ចូលទៅក្នុងសាច់ដុំ។

អ្នកចាក់វ៉ាក់សាំងឱ្យ នឹងត្រូវការព័ត៌មានខ្លះ អំពីប្រវត្តិសុខភាពនៃកូនរបស់អ្នក មុននឹងចាក់វ៉ាក់សាំងឱ្យ។ សំណួរទាំងអស់នោះ គឺមាននៅទីនេះ: www.mass.gov/CDCScreeningForm។

វ៉ាក់សាំង មិនអាចនឹងការពារមនុស្សគ្រប់ៗគ្នា ពីជំងឺ COVID-19 ឡើយ។ មនុស្សខ្លះ អាចនឹងជួបឥទ្ធិពលរាយរង បន្ទាប់ពីការចាក់វ៉ាក់សាំង។ ឥទ្ធិពលរាយរង ដែលបានរាយការណ៍ រួមមាន ឈឺនៅកន្លែងចាក់, អស់កំឡាំង, ឈឺក្បាល, ឈឺសាច់ដុំ, ស្រៀវស្រាញ, ឈឺសន្លាក់ឆ្អឹង, គ្រុន, ហើមនៅកន្លែងចាក់, ក្រហមនៅកន្លែងចាក់, រមួលពោះ, មិនស្រួលខ្លួន, និងបានហើម

¹សំរាប់វ៉ាក់សាំងនេះ ពាក្យ “អន់ខ្សោយប្រព័ន្ធសុំរោគ” រួមមានបុគ្គលដែលបានទទួលការផ្សំសារីរាង្គរឹងៗ ឬបានវិនិច្ឆ័យរោគ ដែលមានលក្ខណៈជំងឺ ត្រូវបានចាក់ទុកថាមានកម្រិតស្មើគ្នា នឹងអន់ខ្សោយប្រព័ន្ធសុំរោគ។



ទំនប់បំពេញការយល់ព្រម ចំពោះវ៉ាក់សាំង COVID-19 សំរាប់បុគ្គលអាយុ 5-17 ឆ្នាំ

ក្រពេញទឹករង្វង់។ មានឱកាសដាច់ស្រយាល ដែលវ៉ាក់សាំងអាចបណ្តាលឲ្យមាន ប្រតិកម្មអាល់ឡែរជីធ្ងន់ធ្ងរ។ ប្រតិកម្មអាល់ឡែរជីធ្ងន់ធ្ងរ តាមធម្មតានឹងកើតឡើង ក្នុងពេលបីបួននាទី ទៅមួយម៉ោង បន្ទាប់ពីការចាក់វ៉ាក់សាំង។ ដោយមូលហេតុនេះ អ្នកចាក់វ៉ាក់សាំងឲ្យ អាចនឹងសូមមនុស្សដែលទទួលវ៉ាក់សាំង ឲ្យនៅនឹងកន្លែង ដែលគេបានទទួលវ៉ាក់សាំងរបស់គេ សំរាប់ការត្រួតមើល បន្ទាប់ពីការចាក់វ៉ាក់សាំង។ សញ្ញានៃប្រតិកម្មអាល់ឡែរជីធ្ងន់ធ្ងរ អាចរួមមាន ពិបាកដកដង្ហើម, ហើមនៅមុខ និងបំពង់ក, បេះដូងដើរញាប់ៗ, និង/ឬ កន្ទួលខ្លាំង នៅពាសពេញខ្លួនប្រាណ។

ព័ត៌មានបន្ថែម គឺមាននៅក្នុង “ក្រដាសការណ៍ពិត សំរាប់អ្នកទទួល និងអ្នកថែទាំ” នៃវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 នៅ៖

- [អ្នកទទួល និងអ្នកថែទាំ អាយុ 5-11 ឆ្នាំ \(fda.gov\)](#)
- [អ្នកទទួល និងអ្នកថែទាំ អាយុ 12 ឆ្នាំ និងចាស់ជាង \(fda.gov\)](#)

ផ្នែកទី 3៖ ការយល់ព្រម

ការយល់ព្រមសំរាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងឲ្យអនីតិជន៖ ខ្ញុំបានមើលព័ត៌មានឡើងវិញ អំពីវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech និង Comirnaty COVID-19 ក្នុងផ្នែកទី 2 ខាងលើ ហើយក៏យល់អំពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍។ តាមការផ្តល់នូវការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំខាងក្រោម ខ្ញុំយល់ព្រមថា៖

1. ខ្ញុំបានមើលឡើងវិញ នូវទំនប់បំពេញការយល់ព្រមនេះ ហើយខ្ញុំយល់ថា “ក្រដាសការណ៍ពិត សំរាប់អ្នកទទួល និងអ្នកថែទាំ” មានព័ត៌មានក្បោះក្បាយថែមទៀត អំពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍ដែលអាចមាន នៃវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech និង Comirnaty COVID-19។
2. ខ្ញុំមានអាជ្ញាស្របច្បាប់ ដើម្បីយល់ព្រមឲ្យកូនរបស់ខ្ញុំ មានឈ្មោះខាងលើ បានចាក់វ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech ឬ Comirnaty COVID-19។
3. ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនបានតម្រូវឲ្យជូនដំណើរកូនខ្ញុំ មានឈ្មោះខាងលើ ទៅការណាត់ជួបចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់គេទេ ហើយថា តាមការផ្តល់នូវការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំខាងក្រោម កូនរបស់ខ្ញុំនឹងទទួលវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech ឬ Comirnaty COVID-19 ទោះបីមានវត្តមានរូបខ្ញុំ ឬអវត្តមានរូបខ្ញុំ នៅកន្លែងការណាត់ជួបចាក់វ៉ាក់សាំង ក៏ដោយ។
4. បើសិនខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលរ៉ាប់រងកូនខ្ញុំមានឈ្មោះខាងលើ ខ្ញុំក៏ឲ្យការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ សំរាប់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ត្រូវបានចេញវិក្កយប័ត្រឲ្យ សំរាប់តម្លៃនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង Pfizer Comirnaty COVID-19។ រដ្ឋាភិបាល គឺបង់ប្រាក់សំរាប់វ៉ាក់សាំង Pfizer Comirnaty COVID-19 ខ្លួនឯង ហើយខ្ញុំនឹងមិនត្រូវបានចេញវិក្កយប័ត្រឲ្យ សំរាប់ផ្នែកនៃតម្លៃការចាក់ថ្នាំការពាររោគ របស់ខ្ញុំឡើយ។
5. ខ្ញុំយល់ថា ដូចបានតម្រូវដោយច្បាប់រដ្ឋ ថាការចាក់ថ្នាំការពាររោគទាំងអស់ នឹងបានរាយការណ៍ទៅ ប្រព័ន្ធព័ត៌មានការចាក់ថ្នាំការពាររោគ រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (Massachusetts Immunization Information System, MIIS) នៃក្រសួងសុខភាពសាធារណៈ។ ខ្ញុំអាចមើល ក្រដាសការណ៍ពិត MIIS សំរាប់មាតាបិតា និងអ្នកជំងឺ នៅ www.mass.gov/dph/miis សំរាប់ព័ត៌មានស្តីពី MIIS និងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ បើសិនខ្ញុំជំទាស់ចំពោះទិន្នន័យរបស់ខ្ញុំ ឬគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ត្រូវបានចែកចាយជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងៗ នៅក្នុង MIIS។

ខ្ញុំឲ្យការយល់ព្រម សំរាប់កូនខ្ញុំ មានឈ្មោះនៅប៉ែកខាងលើនៃទំនប់បំពេញនេះ ឲ្យបានចាក់វ៉ាក់សាំង ជាមួយវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech ឬ Comirnaty COVID-19 ព្រមទាំងបានមើលឡើងវិញ និងបានយល់ព្រម ចំពោះព័ត៌មានដែលបានផ្តល់នៅក្នុងផ្នែកទី 3 នៃទំនប់បំពេញនេះ។ (បើសិនការយល់ព្រមនេះ មិនបានចុះហត្ថលេខា មិនបានចុះកាលបរិច្ឆេទ និងមិនបានប្រគល់មកវិញទេ កូនខ្ញុំនឹងមិនបានចាក់វ៉ាក់សាំងឡើយ)។

ហត្ថលេខា នៃអ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាតស្របច្បាប់ កាលបរិច្ឆេទ