

Massachusetts Immunization Information System MIIS

ការចែករំលែកព័ត៌មាននៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់អ្នក ទម្រង់បែបបទនៃការជំទាស់ (ឬការដកហូតការជំទាស់)

ប្រព័ន្ធព័ត៌មាននៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគនៅរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (Massachusetts Immunization Information System, MIIS) រក្សាទុក
កំណត់ត្រានៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគទាំងអស់ ដែលវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្តល់ជូនអ្នកជំងឺនៅរដ្ឋ
ម៉ាសាឈូសេត។ ប្រព័ន្ធនេះត្រូវបានបង្កើតឡើងស្របទៅតាមច្បាប់រដ្ឋ (M.G.L.c. 111, Section 24M) ហើយត្រូវបានប្រតិបត្តិដោយ
ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈនៃរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (Massachusetts Department of Public Health, MDPH)។

ព័ត៌មានទាំងអស់ក្នុង MIIS ត្រូវបានរក្សាការសម្ងាត់ក្នុងចំណោមអ្នកថែទាំសុខភាព និងអ្នកអាជីពផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធ
នឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។ ច្បាប់អនុញ្ញាតឱ្យចែករំលែកព័ត៌មានក្នុងចំណោមវេជ្ជបណ្ឌិត និងគិលានុប្បដ្ឋាក ដែលផ្តល់ការថែទាំ
ជូនអ្នក, គិលានុប្បដ្ឋាកនៅសាលារៀន, ក្រុមប្រឹក្សាសុខភាពតាមមូលដ្ឋាន និងបុគ្គលិកនៅទីភ្នាក់ងាររដ្ឋដែលពាក់ព័ន្ធនឹង
ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (រួមបញ្ចូលទាំងកម្មវិធី WIC)។ ជាឧទាហរណ៍ វាអនុញ្ញាតឱ្យវេជ្ជបណ្ឌិតថ្មីណាម្នាក់អាចពិនិត្យមើលប្រភេទថ្នាំ
ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតដទៃទៀត បានចាក់ឱ្យអ្នកកាលពីអតីតកាល។ វាអនុញ្ញាតឱ្យគិលានុប្បដ្ឋាកនៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមិន
ធ្លាប់ជួបអ្នកពីមុនពិនិត្យ MIIS ដើម្បីមើលថាតើអ្នកធ្លាប់បានចាក់ថ្នាំអ្វីខ្លះ។ កំណត់ត្រារបស់អ្នកនឹងត្រូវបានបម្រុងជូនតែ
បណ្តាអ្នកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំរបស់អ្នក ដែលមានមូលហេតុដើម្បីដឹងអំពីព័ត៌មាននោះប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកប្រហែលជាមិនចង់ចែករំលែកប្រវត្តិនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់អ្នកតាមវិធីនេះ។ ប្រសិនបើដូច្នោះមែន សូមគូសប្រអប់
ជាប់នឹងពាក្យថា “ខ្ញុំជំទាស់” ខាងក្រោម ហើយបំពេញព័ត៌មាននៅខាងខ្នងនៃទម្រង់បែបបទនេះ។ បន្ទាប់មក សូមប្រគល់
ទម្រង់បែបបទនេះជូនវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ឬផ្ញើតាមទូរសារ ឬសំបុត្រទៅក្រសួង
សុខាភិបាលសាធារណៈ តាមលេខទូរសារ ឬតាមអាសយដ្ឋាន ដែលបានផ្តល់ជូនលើទំព័រខាងខ្នងនៃទម្រង់បែបបទនេះ។ ប្រសិន
បើអ្នកជំទាស់ នោះព័ត៌មាននៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុង MIIS ក៏ប៉ុន្តែ មានតែអ្នកផ្តល់សេវាដែលចាក់
ថ្នាំជូនអ្នក និងក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈប៉ុណ្ណោះ អាចមើលវាបាន។ សូមកត់សម្គាល់ថា : **អ្នកនឹងត្រូវការរក្សាទុកនូវ**
កំណត់ត្រានៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់អ្នក ឬរបស់កូនអ្នក សម្រាប់ករណីដែលអ្នកត្រូវផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបណ្ឌិត ឬត្រូវទៅទទួល
ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាម្នាក់ផ្សេងទៀត នៅក្នុងសហគមន៍របស់អ្នក។

បើអ្នកបានផ្លាស់ប្តូរចិត្តរបស់អ្នក ឬបើអ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរចិត្តរបស់អ្នកនាពេលអនាគត ហើយសម្រេចថា ចង់ចែករំលែកព័ត៌មាន
នោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបន្ថែមទៀត នោះសូមគូសប្រអប់ជាប់នឹងពាក្យថា “ខ្ញុំដកហូតការជំទាស់ពីមុនរបស់ខ្ញុំ”
ខាងក្រោម ហើយប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះជូនទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត (ឬ MDPH)។

ឈ្មោះ : _____

ខ្ញុំជំទាស់ចំពោះការចែករំលែកព័ត៌មានក្នុង MIIS ស្តីអំពីខ្ញុំ ឬអំពីកូនរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំដឹងថា ការធ្វើដូច្នោះនឹងមិនអាចឱ្យ
វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំឬរបស់កូនខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតពិនិត្យ MIIS ដើម្បីរកព័ត៌មានស្តីអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ
រោគពីមុនៗ ដែលបានធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀតឡើយ។ ខ្ញុំដឹងទៀតថា ការជំទាស់នេះនឹងមិន
បណ្តាលឱ្យកូនរបស់ខ្ញុំ ឬរបស់ខ្ញុំ មិនអាចទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគនោះឡើយ។

ខ្ញុំដកហូតការជំទាស់ពីមុនរបស់ខ្ញុំក្នុងការចែករំលែកព័ត៌មានអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគក្នុង MIIS ស្តីអំពីខ្ញុំ ឬអំពីកូន
របស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំដឹងថា តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា និងការប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះ នោះ MIIS នឹងអាចចែករំលែកព័ត៌មានអំពី
ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំឬរបស់កូនខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀត ហើយនឹងមនុស្ស
ផ្សេងៗទៀត ដែលបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ឱ្យមើលព័ត៌មាននេះ។

តទៅទំព័រខាងខ្នង -

ព័ត៌មានអំពីបុគ្គល ឬកូន (ព័ត៌មាននេះគឺចាំបាច់ ដើម្បីសម្គាល់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក ឬរបស់កូនអ្នក ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ)

ឈ្មោះ : _____

ក្រសួង : _____ នាមខ្លួន : _____ នាមកណ្តាល : _____

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត : _____ ឈ្មោះរបស់ម្តាយកាលពីក្រមុំ : _____

MM/DD/YYYY សម្រាប់ក្មេងអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ។

ភេទ : _____ លេខទូរស័ព្ទ : (_____) _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវ : _____

ទីក្រុង : _____ រដ្ឋ : _____ លេខស៊ីបកូដ : _____

ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានបំពេញសម្រាប់ក្មេងអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ នោះសូមផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល :

ឈ្មោះ : _____

ក្រសួង : _____ នាមខ្លួន : _____ នាមកណ្តាល : _____

ទំនាក់ទំនងជាមួយក្មេង : _____ លេខទូរស័ព្ទ : (_____) _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវ : _____

ទីក្រុង : _____ រដ្ឋ : _____ លេខស៊ីបកូដ : _____

ហត្ថលេខារបស់បុគ្គល ឬរបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល :

ហត្ថលេខា : _____ កាលបរិច្ឆេទ : _____

សូមប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះជូនទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ម្យ៉ាងទៀត អ្នកអាចប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះដោយផ្ទាល់ជូនទៅក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈ តាមអាសយដ្ឋានខាងក្រោមក៏បាន :

Massachusetts Immunization Information System (MIIS)
 Immunization Program
 Massachusetts Department of Public Health
 305 South Street
 Jamaica Plain, MA 02130
 ទូរសារ : 857-323-8321

សម្រាប់តែអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពប្រើប្រាស់ប៉ុណ្ណោះ
Health Care Provider Use Only: Please enter your contact information, mail or fax a copy of **both pages** of the form to MDPH, and keep the original for your records:

Facility or Practice Name: _____

PIN #: _____ Phone: (_____) _____

Check this box if you have changed the Data Sharing Status in the MIIS for the above mentioned individual.