កិច្ចព្រមព្រៀងនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 សម្រាប់បុគ្គលដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ

1 ព័ត៌មានអំពីកុមារ (សូមសរសេរអក្សរពុម្ព)៖

ឈ្មោះកូន(នាមត្រកូល/Last ឈ្មោះ/First ឈ្មោះកណ្តាល/Middle) ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែmm/ថ្ងៃdd/ឆ្នាំyyyy)

អាសយដ្ឋាន ផ្លូវ/Street ទីក្រុង/city រដ្ឋ/State លេខកូដតំបន់/Zip

លេខទូរស័ព្ទ៖

2 ព័ត៌មានអំពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍របស់ក្រុមហ៊ុន Pfizer អំពីវ៉ាក់សាំងជំងឺ COVID-19

រដ្ឋបាលចំណីអាហារនិងឱសថ (FDA) បានអនុញ្ញាតឱ្យប្រើវ៉ាក់សាំង Pfizer បន្ទាន់ដើម្បីបង្ការជំងឺ COVID-19 ចំពោះមនុស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 12 ឆ្នាំឡើងទៅ។ FDA មិនទាន់បានអនុម័តវ៉ាក់សាំងណាមួយក្នុងការបង្ការជំងឺ COVID-19 នៅឡើយទេ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីហានិភ័យ អត្ថប្រយោជន៍ និងផលប៉ះពាល់នៃវ៉ាក់សាំង Pfizer សូមអានការពិតសម្រាប់អ្នកទទួលនិងអាណាព្យាបាល។

3 កិច្ចព្រមព្រៀង

ខ្ញុំបានអាននិងយល់ព័ត៌មានអំពីហានិភ័យនិងអត្ថប្រយោជន៍នៃវ៉ាក់សាំង Pfizer នៅក្នុងផ្នែកទី 2 ខាងលើ។ ខ្ញុំយល់ស្រប ដូចតទៅ៖

1. ខ្ញុំជាឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់កុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើនិងមានសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់ក្នុងការយល់ព្រមឱ្យគាត់/ពួកគេទទួលចាក់វ៉ាក់សាំងប្រភេទPfizer។
2. ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើកុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើមានអាយុចន្លោះពី 12 ទៅ 15 ឆ្នាំ តម្រូវឱ្យមនុស្សពេញវ័យដែលអាចទទួលខុសត្រូវ ត្រូវមានវត្តមាននៅពេលពួកគេទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំងនេះ។ ប្រសិនបើឪពុកម្តាយឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់មិនអាចអមដំណើរកូនបានទេ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់សិទ្ធិទៅមនុស្សពេញវ័យដែលអាចទំនួលខុសត្រូវបានដោយមានឈ្មោះដូចខាងក្រោមដើម្បីអមដំណើរពួកគេ។ ខ្ញុំយល់ថាមនុស្សពេញវ័យនេះត្រូវតែបង្ហាញអត្តសញ្ញាណសម្គាល់មានរូបថត*។
3. ខ្ញុំយល់ថាប្រសិនបើកុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើមានអាយុចន្លោះពី 16 ឬ 17 ឆ្នាំ គឺមានការណែនាំដែលតម្រូវឱ្យមានវត្តមានឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬមនុស្សពេញវ័យដែលអាចទទួលខុសត្រូវនៅពេលកុមារទទួលថ្នាំបង្ការ។ ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈកិច្ចព្រមព្រៀងរបស់ខ្ញុំខាងក្រោមនេះ កុមារនឹងទទួលបាន វ៉ាក់សាំង Pfizer មិនថាខ្ញុំមានវត្តមានឬអត់នោះឡើយ។
4. ខ្ញុំយល់ថាតាមតម្រូវការចាំបាច់ដែលទាមទារដោយច្បាប់រដ្ឋ (យោងតាមសុខភាពនិងសុវត្ថិភាពលេខកូដ § 120440) ការចាក់ថ្នាំបង្ការទាំងអស់នឹងត្រូវរាយការណ៍ទៅកាន់ផ្នែកចុះបញ្ជីនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការនៃរដ្ឋកាលីហ្វញ៉ា ដែលហៅកាត់ថា (CAIR2)។ ខ្ញុំយល់ពីព័ត៌មាននៅក្នុងកំណត់ត្រា CAIR2 របស់កុមារនឹងត្រូវបានចែករំលែកជាមួយមន្ទីរសុខាភិបាលមូលដ្ឋាន និងនាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈរដ្ឋ។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវចាត់ទុកជាព័ត៌មានរដ្ឋសាស្ត្រសម្ងាត់ និងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីចែកចាយគ្នាទៅវិញទៅមក ឬ ស្របតាមច្បាប់ដែលអនុញ្ញាតតែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំអាចបដិសេធមិនអនុញ្ញាតឱ្យមានការចែករំលែកព័ត៌មានបន្ត ហើយអាចស្នើទៅកាន់CAIR2 ត្រូវរក្សាទុកកំណត់ត្រានេះដោយបិទការចែកចាយតែម្តងដោយបញ្ជូនទម្រង់សំណើរទៅCAIRដើម្បីបិទការចែកចាយអំពីសម្រង់កំណត់ត្រារបស់ខ្ញុំ ។

5. ខ្ញុំយល់ថាតាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យខោនធីLos Angeles និងដៃគូចាក់វ៉ាក់សាំងចូលរួមទាក់ទងមកខ្ញុំពាក់ព័ន្ធ ទៅនឹងការរំលឹកនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង និងការទទួលបានកំណត់ត្រាចាក់វ៉ាក់សាំងតាមអេឡិចត្រូនិចសម្រាប់កុមារ។
6. ខ្ញុំយល់ថាខ្ញុំនឹងមិនចាំបាច់ចំណាយទាំងលើវ៉ាក់សាំង ឬថ្លៃចាត់ចែងគ្រប់គ្រងការងារនេះទេ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ខ្ញុំដឹងថាក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវចូលរួមចំណាយលើវិក្កយបត្រសម្រាប់ថ្លៃចាត់ចែងគ្រប់គ្រងលើការចាក់វ៉ាក់សាំង។

ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមដល់កុមារដែលមានឈ្មោះនៅខាងលើនៃទម្រង់នេះដើម្បីចាក់វ៉ាក់សាំងបង្ការជំងឺCOVID-19 ប្រភេទPfizer-BioNTech ហើយបានពិនិត្យនិងយល់ព្រមលើព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងទម្រង់នេះ។

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ (នាមត្រកូល/Last ឈ្មោះ/First ឈ្មោះកណ្តាល/Middle)

ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ

អាសយដ្ឋាន ប្រសិនបើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានខាងលើ

លេខទូរស័ព្ទ (ទូរស័ព្ទចល័តដែលពេញចិត្តទទួលការទំនាក់ទំនង)

ទំនាក់ទំនងជាមួយកុមារ

សម្រាប់តែកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី 12 ដល់ 15 ឆ្នាំដែលនឹងមិនត្រូវបានអមដំណើរដោយឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ពួកគេតែប៉ុណ្ណោះ:
_____
ឈ្មោះមនុស្សពេញវ័យដែលអាចទទួលខុសត្រូវដែលខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យរួមដំណើរជាមួយកុមារ

☐ ខ្ញុំជាអនីតិជនដែលបានសិទ្ធិស្របច្បាប់ ឬគ្រប់គ្រាន់ដែលអាចទទួលខុសត្រូវដោយខ្លួនឯង ឬបានរៀបការ ឬបានរៀបការពីមុន។
(ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដោយធីកប្រអប់នេះ អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបញ្ជាក់អំពីបញ្ហានេះនៅពេលណាត់ជួបសម្រាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នក។)

*ករណីលើកលែង: ប្រសិនបើ អនីតិជនកំពុងទទួលចាក់វ៉ាក់សាំងនៅសាលា កិច្ចព្រមព្រៀងគឺតម្រូវជាចាំបាច់ ទោះយ៉ាងណា ការណែនាំរបស់សាលាគួរតែត្រូវបានអនុវត្តតាមដោយត្រូវមានវត្តមានឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬមនុស្សពេញវ័យ។