



កិច្ចព្រមព្រៀងអនុញ្ញាតសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19

ប្រភេទ Pfizer-BioNTech

សម្រាប់បុគ្គលដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ

1 ព័ត៌មានអំពីកុមារ (សូមសរសេរអក្សរពុម្ព)៖

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

អាសយដ្ឋាន (ផ្ទះ និងផ្លូវ) ទីក្រុង/City រដ្ឋ/State លេខកូដតំបន់/Zip

លេខទូរស័ព្ទ

2 ព័ត៌មានអំពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍របស់ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19 ប្រភេទ Pfizer

ថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer ត្រូវបានអនុម័ត (អនុញ្ញាត) ឱ្យប្រើប្រាស់ដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារនិងឱសថ (FDA) ដើម្បីបង្ការជំងឺ COVID-19 ចំពោះមនុស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 16 ឆ្នាំឡើងទៅ។ ថ្នាំបង្ការនេះត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិដោយ FDA សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ជាបន្ទាន់ចំពោះមនុស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 12 ដល់ 15 ឆ្នាំ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីហានិភ័យ អត្ថប្រយោជន៍ និងផលប៉ះពាល់នៃថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer សូមអាន [តារាងការពិគមន៍សម្រាប់អ្នកទទួលថ្នាំបង្ការ និងអាណាព្យាបាល](#)។

3 កិច្ចព្រមព្រៀងអនុញ្ញាត

ខ្ញុំបានអាន និងយល់ដឹងព័ត៌មានអំពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer នៅក្នុងផ្នែកទី 2 ខាងលើ។ ខ្ញុំយល់ស្រប ដូចតទៅ៖

- ខ្ញុំជាឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់កុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើ និងមានសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់ក្នុងការយល់ព្រមឱ្យគាត់/ពួកគេ ទទួលបានថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថា ប្រសិនបើកុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើ មានអាយុចន្លោះពី 12 ទៅ 15 ឆ្នាំ តម្រូវឱ្យមនុស្សពេញវ័យដែលមានទំនួលខុសត្រូវ មានវត្តមាននៅពេលពួកគេទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការនេះ។ ប្រសិនបើឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់មិនអាចអមដំណើរកូននេះបានទេ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់សិទ្ធិទៅឱ្យមនុស្សពេញវ័យដែលមានទំនួលខុសត្រូវ ដែលមានឈ្មោះដូចខាងក្រោម អមដំណើរពួកគេ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា មនុស្សពេញវ័យនេះត្រូវតែបង្ហាញអត្តសញ្ញាណសម្គាល់ខ្លួនដែលមានរូបថត។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថា ប្រសិនបើកុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើ មានអាយុ 16 ឬ 17 ឆ្នាំ មានការណែនាំឱ្យមានវត្តមានឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬមនុស្សពេញវ័យដែលមានទំនួលខុសត្រូវ នៅពេលកុមារនេះទទួលបានថ្នាំបង្ការ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា តាមរយៈកិច្ចព្រមព្រៀងអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំខាងក្រោម កុមារនេះនឹងទទួលបានថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer ទោះបីជាខ្ញុំមានវត្តមានឬអត់នោះឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថា តាមតម្រូវការចាំបាច់ដែលទាមទារដោយច្បាប់រដ្ឋ (យោងតាមច្បាប់សុខភាព និងសុវត្ថិភាព § 120440) ការចាក់ថ្នាំបង្ការទាំងអស់នឹងត្រូវរាយការណ៍ទៅកាន់ [ផ្នែកចុះបញ្ជីនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា \(California Immunization Registry\)](#) ដែលហៅកាត់ថា CAIR2។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ព័ត៌មាននៅក្នុងកំណត់ត្រា CAIR2 របស់កុមារ នឹងត្រូវបានចែករំលែកជាមួយមន្ទីរសុខាភិបាលមូលដ្ឋាន និងនាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈរបស់រដ្ឋ។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវចាត់ទុកជាព័ត៌មានសម្ងាត់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បី





កិច្ចព្រមព្រៀងអនុញ្ញាតសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19

ប្រភេទ Pfizer-BioNTech

សម្រាប់បុគ្គលដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ

ចែករំលែកជាមួយគ្នាទៅវិញទៅមក ឬស្របតាមច្បាប់ដែលបានអនុញ្ញាតតែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំអាចបដិសេធមិនអនុញ្ញាតឱ្យមានការចែករំលែកព័ត៌មានបន្ត ហើយអាចស្នើឱ្យកំណត់ត្រា CAIR2 នេះបិទការចែកចាយតែម្តងដោយបញ្ជូនសំណុំបែបបទ [សំណើដើម្បីបិទការចែកចាយកំណត់ត្រា CAIR របស់ខ្ញុំ](#) ។

- 5. ខ្ញុំយល់ដឹងថា តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនេះ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យខោនធី Los Angeles និងដៃគូចាក់ថ្នាំបង្ការដែលមានចំណែកទាំងឡាយ ទាក់ទងមកខ្ញុំពាក់ព័ន្ធនឹងការរំលឹកនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការ និងការទទួលបានកំណត់ត្រាចាក់ថ្នាំបង្ការបែបអេឡិចត្រូនិចសម្រាប់កុមារនេះ។
- 6. ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំនឹងមិនចាំបាច់ចំណាយទាំងលើថ្នាំបង្ការផ្ទាល់ ឬថ្លៃសេវាកម្មចាក់វ៉ានោះទេ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ខ្ញុំយល់ដឹងថា ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវទទួលវិក័យបត្រសម្រាប់ថ្លៃចំណាយនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការនេះ។

ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យកុមារដែលមានឈ្មោះនៅខាងលើនៃសំណុំបែបបទនេះ ទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19 ប្រភេទ Pfizer-BioNTech ហើយបានពិនិត្យឡើងវិញ និងយល់ព្រមជាមួយព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះ។

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

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ

អាសយដ្ឋាន ប្រសិនបើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានខាងលើ

លេខទូរស័ព្ទ (លេខទូរស័ព្ទចល័តដែលពេញចិត្តទទួលការទំនាក់ទំនង)

ទំនាក់ទំនងជាមួយកុមារ (ត្រូវជាអ្វីនឹងកុមារ)

សម្រាប់តែកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី 12 ដល់ 15 ឆ្នាំដែលនឹងមិនត្រូវបានអមដំណើរដោយឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ពួកគេតែប៉ុណ្ណោះ៖

ឈ្មោះមនុស្សពេញវ័យដែលមានទំនួលខុសត្រូវ ដែលខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអមដំណើរជាមួយកុមារនេះ

ខ្ញុំជាអនិគិដនដែលបានសិទ្ធិស្របច្បាប់ឬគ្រប់គ្រាន់ ដែលអាចទទួលខុសត្រូវដោយខ្លួនឯងបាន ឬបានរៀបការហើយ ឬបានរៀបការកាលពីមុន។





**កិច្ចព្រមព្រៀងអនុញ្ញាតសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19
ប្រភេទ Pfizer-BioNTech
សម្រាប់បុគ្គលដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ**



(ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដោយធីកប្រអប់នេះ អ្នកនឹងត្រូវបានផ្ញើសុំឱ្យបញ្ជាក់អំពីបញ្ហានេះនៅពេលណាត់ជួបសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់អ្នក។)

*ករណីលើកលែង៖ ប្រសិនបើអ្នកជនកំពុងទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការនៅសាលារៀន កិច្ចព្រមព្រៀងអនុញ្ញាតគឺតម្រូវជាចាំបាច់។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ សេចក្តីណែនាំរបស់សាលារៀនគួរតែត្រូវបានអនុវត្តតាមថា តើត្រូវឱ្យឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬមនុស្សពេញវ័យដែលបានបញ្ជាក់ឈ្មោះនេះមានវត្តមាន ដែរឬទេ។