



ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19 - ការចាក់ដូសបន្ថែម និងដូសជម្រុញ ការអះអាងដោយខ្លួនឯងនៃសិទ្ធិទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការ

សូមមើលទំព័របន្ទាប់ ចំពោះការអះអាងសម្រាប់ការទទួលបានដូសជម្រុញសម្រាប់អ្នកដែលបានចាក់ដូសទាំងពីរនៃថ្នាំបង្ការប្រភេទ
Pfizer។

**មនុស្សដែលមានប្រព័ន្ធភាពសុំខ្សោយពីកម្រិតមធ្យមដល់ធ្ងន់ធ្ងរ
ហើយជាអ្នកដែលបានចាក់ដូសទាំងពីរនៃ
ថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer ឬ Moderna រួចមកហើយ**

ប្រសិនបើអ្នកស្របតាម លក្ខខណ្ឌ ដែលបានគូសបញ្ជាក់ដោយ CDC មានការណែនាំឱ្យអ្នកទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការប្រភេទ
mRNA (ដែលមាន Pfizer ឬ Moderna) ដូសទី 3 យ៉ាងហោចណាស់មានរយៈពេល 28 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការចាក់ថ្នាំបង្ការដូសទី
2 របស់អ្នកនោះ។ អ្នកគួរតែចាក់ថ្នាំបង្ការដែលមានប្រភេទដូចគ្នា នៅពេលដែលអាចធ្វើទៅបាន។ ឧទាហរណ៍ ប្រសិនបើ
អ្នកបានចាក់ជាប់នូវថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer សូមព្យាយាមទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer សម្រាប់ដូសទី 3
របស់អ្នក។

ចូរពិគ្រោះជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នកអំពីការទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19 ដូសបន្ថែម។ ប្រសិនបើអ្នកត្រូវការ
ចាក់ដូសទី 3 ចូរសួរអំពីពេលវេលាដែលល្អបំផុតផ្អែកលើផែនការព្យាបាលជំងឺរបស់អ្នក នាពេលបច្ចុប្បន្ន។ នេះជាចំណុច
សំខាន់ជាពិសេស ប្រសិនបើអ្នកនឹងចាប់ផ្តើមការព្យាបាលទាក់ទងនឹងថ្នាំបង្កាបភាពសុំ (immunosuppressive
treatment) ក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ ឬក៏ត្រូវចាប់ផ្តើមវាឡើងវិញ។

**ខ្ញុំសូមអះអាងយ៉ាងច្បាស់ថា ខ្ញុំមានប្រព័ន្ធភាពសុំចុះខ្សោយ និងមានសិទ្ធិអាចទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការដូសទីបីបាន
ដោយផ្អែកលើលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម។**

- ខ្ញុំបានបានចាក់ដូសទីពីរនៃថ្នាំបង្ការប្រភេទ Moderna ឬ Pfizer យ៉ាងហោចណាស់ 28 ថ្ងៃមុន និង
- ខ្ញុំ៖
 - កំពុងទទួលបានការព្យាបាលជំងឺមហារីកយ៉ាងសកម្មសម្រាប់ការព្យាបាលដុំសាច់ដុះ ឬជំងឺមហារីកកោសិកា
ឈាមផ្សេងៗ ឬក៏
 - បានទទួលការប្តូរសរីរាង្គ ហើយខ្ញុំកំពុងប្រើប្រាស់ថ្នាំដើម្បីបង្ក្រាបប្រព័ន្ធភាពសុំរបស់ខ្ញុំ ឬក៏
 - បានទទួលការប្តូរកោសិកាដើម (stem cell) ក្នុងអំឡុងពេល 2 ឆ្នាំកន្លងមក ឬខ្ញុំកំពុងប្រើប្រាស់ថ្នាំដើម្បីប
ង្ក្រាបប្រព័ន្ធភាពសុំ ឬក៏
 - ប្រព័ន្ធភាពសុំខ្លះខាតបឋម (primary immunodeficiency) ដែលមានសភាពមធ្យម ដល់ធ្ងន់ធ្ងរ (ដូចជា
សភាពជំងឺ DiGeorge syndrome ឬសភាពជំងឺ Wiskott-Aldrich syndrome) ឬក៏
 - ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HIV) កម្រិតធ្ងន់ ឬមិនបានព្យាបាល ឬក៏
 - ការព្យាបាលយ៉ាងជាប់លាប់ដោយប្រើថ្នាំប្រឆាំងនឹងការរលាកកោសិកា (corticosteroids) ដែលមានកម្រិត
ខ្ពស់ ឬថ្នាំដទៃទៀតដែលបង្ក្រាបការឆ្លើយតបនៃប្រព័ន្ធភាពសុំរបស់ខ្ញុំ។

ហត្ថលេខា: _____

ឈ្មោះ: _____ កាលបរិច្ឆេទ: _____

វាជាកត្តាសំខាន់ក្នុងការបន្តការការពារខ្លួនអ្នក បន្ទាប់ពីអ្នកបានចាក់ថ្នាំបង្ការដូសទី 3 នេះ។ កត្តានេះរួមបញ្ចូលទាំង
ការពាក់ម៉ាស់ដែលត្រឹមត្រូវនិងសក្តិសម ការរក្សាគម្លាតរាងកាយ ជៀសវាងទីកន្លែងដែលមានមនុស្សច្រើនកុះករ
ឬទីកន្លែងដែលមានខ្យល់បក់ចេញចូលមិនល្អ ហើយបន្តការលាងដៃឱ្យបានញឹកញាប់។ ចូរពិចារណា "ការពាក់ម៉ាស់
ពីរជាន់" (ពាក់ម៉ាស់ក្រណាត់ពីលើម៉ាស់វះកាត់) ឬប្រើឧបករណ៍ជំនួយការដកដង្ហើមប្រភេទ N95 ដើម្បីទទួលបាន
ការការពារល្អប្រសើរជាងនេះ។

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលព័ត៌មានការពិតនៃថ្នាំបង្ការ **Moderna** ឬ **Pfizer** សម្រាប់អ្នកទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការ
និងអ្នកថែទាំ ហើយនិងគេហទំព័ររបស់ CDC អំពី ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19 សម្រាប់បុគ្គលដែលមានប្រព័ន្ធភាពសុំចុះ
ខ្សោយកម្រិតមធ្យមដល់ធ្ងន់ធ្ងរ។



ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19 - ការចាក់ដូសបន្ថែម និងដូសជម្រុញ ការអះអាងដោយខ្លួនឯងនៃសិទ្ធិទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការ

សូមមើលទំព័រមុន ចំពោះការអះអាងសម្រាប់ការទទួលបានថ្នាំបង្ការដូសបន្ថែមសម្រាប់មនុស្សដែលមានប្រព័ន្ធភាពសុំចុះខ្សោយ។

មនុស្សដែលមានសិទ្ធិទទួលបានការចាក់ដូសជម្រុញនៃថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer

ខ្ញុំសូមអះអាងថាខ្ញុំមានសិទ្ធិអាចទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការដូសជម្រុញបាន ដោយផ្អែកលើលក្ខខណ្ឌដូចខាងក្រោម។

- ខ្ញុំបានទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19 ប្រភេទ Pfizer ដូសទីពីរ យ៉ាងហោចណាស់ 6 ខែមុន ហើយ
 - ខ្ញុំមានអាយុ 65 ឆ្នាំឡើងទៅ ឬក៏
 - ខ្ញុំរស់នៅក្នុងទីតាំងថែទាំសុខភាពរយៈពេលវែង ឬក៏
 - ខ្ញុំមានអាយុចន្លោះពី 50 ទៅ 64 ឆ្នាំ ហើយជួបប្រទះហានិភ័យសង្គមនិងសេដ្ឋកិច្ច ដែលធ្វើឱ្យខ្ញុំប្រឈមនឹងហានិភ័យកាន់តែខ្លាំងនៃជំងឺ COVID-19 ឬក៏
 - ខ្ញុំមានអាយុចន្លោះពី 18 ទៅ 64 ឆ្នាំ ហើយខ្ញុំមានបញ្ហាសុខភាពមិនបង្ហាញមុខមួយក្នុងចំណោមខាងក្រោម៖
 - ជំងឺមហារីក
 - ជំងឺខូចកម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃ
 - ជំងឺស្លករ៉ាំរ៉ៃ
 - ជំងឺក្លេចក្លាំង (Dementia) ឬស្ថានភាពសរសៃប្រសាទផ្សេងទៀត
 - ជំងឺទឹកនោមផ្អែម (ប្រភេទ 1 ឬប្រភេទ 2)
 - បញ្ហាលូតលាស់យឺតយ៉ាវ (Down syndrome)
 - បញ្ហាស្ថានភាពបេះដូង
 - ការឆ្លងមេរោគអេដស៍ (HIV)
 - សភាពប្រព័ន្ធភាពសុំខ្សោយ (ប្រព័ន្ធភាពសុំចុះខ្សោយ)
 - ជំងឺថ្លើម
 - ជំងឺលើសទម្ងន់ ឬជាត់ [សន្ទស្សន៍ម៉ាសរាងកាយ (BMI) លើសពី 25 គីឡូក្រាម/ម៉ែត្រការ៉េ]
 - មានផ្ទៃពោះ និងទើបតែមានផ្ទៃពោះនាពេលថ្មីៗនេះ (យ៉ាងហោចណាស់ 42 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការបញ្ចប់ការមានផ្ទៃពោះ)
 - ជំងឺតំណពូជទាក់ទងកោសិកាយាមក្រហម (Sickle cell disease) ឬ ជំងឺតំណពូជទាក់ទងនឹងការបង្កើតកោសិកាយាម (thalassemia)
 - អ្នកជក់បារី ទាំងពេលបច្ចុប្បន្ន ឬពីអតីត
 - ការប្តូរសរីរាង្គវិជ ឬកោសិកាយាមដើម (blood stem cell)
 - ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល (stroke) ឬជំងឺទាក់ទងនឹងសរសៃឈាមខួរក្បាល (cerebrovascular disease) ដែលជះឥទ្ធិពលដល់លំហូរឈាមទៅកាន់ខួរក្បាល
 - បញ្ហាការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀន
- ខ្ញុំមានអាយុចន្លោះពី 18 ទៅ 64 ឆ្នាំ ហើយប្រឈមនឹងហានិភ័យកាន់តែខ្ពស់ចំពោះការប៉ះពាល់ និងការឆ្លងជំងឺ COVID-19 ដោយសារទីតាំងស្ថាប័នរបស់ខ្ញុំ ឬដោយសារខ្ញុំ [ធ្វើការងារ](#) ជាជនមួយក្នុងចំណោមខាងក្រោម៖
 - អ្នកសង្គ្រោះបឋម (បុគ្គលិកថែទាំសុខភាព អ្នកពន្លត់អគ្គិភ័យ ប៉ូលីស បុគ្គលិកថែទាំក្នុងផ្ទះពេញ 24 ម៉ោង)
 - បុគ្គលិកអប់រំ (គ្រូបង្រៀន បុគ្គលិកសាលារៀន បុគ្គលិកថែទាំកុមារ)
 - បុគ្គលិកបម្រើការងារខាងអាហារ និងកសិកម្ម
 - បុគ្គលិករោងចក្រ
 - បុគ្គលិកផ្នែកពន្ធនាគារ
 - បុគ្គលិកសេវាកម្មប្រៃសណីយ៍អាមេរិក
 - បុគ្គលិកផ្នែកដឹកជញ្ជូនសាធារណៈ
 - បុគ្គលិកហាងលក់គ្រឿងទេស

ហត្ថលេខា: _____

ឈ្មោះ: _____

កាលបរិច្ឆេទ: _____

ប្រសិនបើអ្នកមានស្ថានភាពជំងឺដែលមិនត្រូវបានរៀបរាប់ ឬមានសំណួរអំពីហានិភ័យនិងអត្ថប្រយោជន៍នៃការចាក់ដូសជម្រុញ សូមពិភាក្សាជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។ សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមមើលព័ត៌មានការពិតនៃថ្នាំបង្ការប្រភេទ [Pfizer](#) សម្រាប់អ្នកទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការនិងអ្នកថែទាំ និងគេហទំព័រ [ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19](#) របស់ CDC។

ប្រសិនបើអ្នកមិនមានម៉ាស៊ីនបោះពុម្ព (printer) ដែលអាចប្រើបានទេ អ្នកអាចសរសេរការអះអាងនេះដោយដៃបាន។

