ក្រសួងសុខភាពសាធារណៈក្រុងឡូសអេនចេឡេស
(Los Angeles County Department of Public Health)
សេចក្តីណែនាំពីទម្រង់បែបបទចាក់ថ្នាំបង្ការ H1N1

<u>សិទ្ធិទទួលបានថ្នាំបង្ការ H1N1 :</u> អ្នកគួរតែទទួលថ្នាំបង្ការ H1N1 ប្រសិនបើអ្នក...

- មានផ្ទៃពោះ
- រស់នៅជាមួយ ឬថែទាំក្មេងអាយុតិចជាង 6 ខែ
- ធ្វើការនៅសេវាកម្មថែទាំសុខភាព ឬសេវាព្យាបាលអាសន្ន
- អាយុរវាង 6 ខែទៅ 24 ឆ្នាំ
- មានបញ្ហាសុខភាពរ៉ាំរ៉ៃ ឬប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ និងមានអាយុពី 25 ដល់ 64

ប្រសិនបើអ្នកបំពេញបានតាមលក្ខណៈសម្បត្តិទាំងនេះ អ្នកនឹងត្រូវបានផ្តល់ឱ្យនូវថ្នាំបង្ការ H1N1 ដំបូងគេ ដោយសារអ្នកហាក់បីដូចជាប្រជុំយបំផុតក្នុងការឆ្លង និងមានជម្ងឺផ្តាសាយ H1N1 ។ ប្រសិនបើអ្នកមិនបំពេញតាមលក្ខណៈសម្បត្តិដូចបានរៀបរាប់ខាងលើទេ នោះថ្នាំបង្ការ H1N1 ប្រហែលអ្នកអាចទទួលបាននាពេលក្រោយក្នុងរដូវស្លឹកឈើជ្រុះ ។

ប្រសិនបើអ្នកមានសិទ្ធិទទួលបានថ្នាំបង្ការ អ្នកប្រហែលជាត្រូវបំពេញទម្រង់បែបបទចាក់ថ្នាំបង្ការ H1N1 មុនពេលដែលថ្នាំបង្ការនោះមកដល់កន្លែងចាក់ថ្នាំបង្ការ ។

<u>ជម្រើសទី 1 : បំពេញទម្រង់បែបបទតាមអេឡិចត្រូនិក :</u>

- ដោនឡូដ និងបំពេញទម្រង់បែបបទតាមអេឡិចត្រូនិក ដោយប្រើប្រាស់ Adobe Acrobat Reader (អាចទទួល បានដោយឥតគិតថ្លៃតាម http://get.adobe.com/reader/)
- បំពេញតែ "ផ្នែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន(Personal Information Section)" ប៉ុណ្ណោះ
- បំពេញទម្រង់បែបបទជាភាសាអង់គ្លេសតែប៉ុណ្ណោះ
- ព្រីនទម្រង់បែបបទនៅលើក្រដាសសទំហំស្តង់ដា (8 ½ x 11)
- យកទម្រង់បែបបទតាមខ្លួនអ្នកទៅកាន់គ្លីនិកដែលបានកំណត់ឱ្យ (សម្រាប់បញ្ជីរាយគ្លីនិក សូមមើល www.lapublichealth.org)

<u>ជម្រើសទី 2 : បំពេញទម្រង់បែបបទដោយផ្ទាល់ដៃ :</u>

- ដោនឡូដ និងព្រីនទម្រង់បែបបទនៅលើក្រដាសសទំហំស្តង់ដា (8 ½ x 11)
- បំពេញតែ "ផ្នែកព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន(Personal Information Section)" ប៉ុណ្ណោះ
- បំពេញទម្រង់បែបបទជាភាសាអង់គ្លេសតែប៉ុណ្ណោះ ដោយប្រើប្រាស់ប្រអប់មួយអក្សរ១សម្រាប់រាល់ចន្លោះទាំងអស់
- យកទម្រង់បែបបទតាមខ្លួនអ្នកទៅកាន់គ្លីនិកដែលបានកំណត់ឱ្យ (សម្រាប់បញ្ជីរាយគ្លីនិក សូមមើល www.lapublichealth.org)

46635

Vaccination Form

County of Los Angeles Public Health

សូមព្រីនឱ្យស្មាតជាអក្សរធំដូចបានបង្ហាញក្នុងឧទាហរណ៍ ។

E X A M P L E 1 2 3

សូមគូសដុតពេញរង្វង់ដូចបានបង្ហាញ ។

ត្រឹមត្រូវ ● មិនត្រឹមត្រូវ ☒ ✓

ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន សូមផ្តល់ព័ត៌មានឱ្យបានពេញលេញតាមដែលអ្នកអាច ។ ព័ត៌មានទាំងអស់ នឹងត្រូវបានរក្សាទុកជាសម្ងាត់ ។

នាមខ្លួន	នាមត្រកូល	នាមកណ្តាល
លេខផ្ទះ	ឈ្មោះផ្ទះ	លេខអាផាត់ថ៌មែន
ទីក្រុង	លេខហ្ស៊ីបកូដ	ខោនធី ○ LA ○ Other / រដ្ឋ ○ CA ○ Other
លេខទូរស័ព្ទ - -	ថៃខែឆ្នាំកំណើត M M / D D / Y Y Y Y	អាយុ ឆ្នាំ) ប្រសិនបើក្រោម 1 ឆ្នាំ សូមផ្តល់អាយុជាខែ

ភេទ	○ ប្រុស	○ ស្រី		
សញ្ជាតិ/ជាតិសាសន៍	○ អាស៊ី	○ ជនជាតិដើមហាវៃ/ប្រជាជនកោះប៉ាស៊ីហ្វិក	○ អ៊ីស្ប៉ានិក/អាមេរិកឡាទីន	○ ផ្សេងៗ
	○ ស្បែកខ្មៅ	○ ឥណ្ឌាដើមអាមេរិក/ជនជាតិដើមអាឡាស្កា	○ ស្បែកស	

តើអ្នកមានលក្ខណៈជំងឺសាស្រណាមយដូចខាងក្រោមដែរឬទេ ? ជម្ងឺបេះដូងសូត ក្រលៀន ថ្លើម ឬសរសៃប្រសាទ ជម្ងឺមហារិក ជម្ងឺហឺត ជម្ងឺទឹកនោមផ្ទែម បញ្ហាក្នុងឈាម បញ្ហាប្រព័ន្ធភាពស៊ាំ	○ បាទ-ចាំ ○ ទេ
តើអ្នកថែទាំ ឬរស់នៅក្នុងគ្រួសារដែលមានកុមារអាយុតិចជាង 6 ខែដែរឬទេ?	○ បាទ-ចាំ ○ ទេ
តើអ្នកមានផ្ទៃពោះ ឬតើអ្នកគិតថាអ្នកអាចនឹងមានផ្ទៃដែរឬទេ?	○ បាទ-ចាំ ○ ទេ
ប្រសិនជាអនីតិជន សូមផ្តល់ឈ្មោះឱ្យពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប	ខ្ញុំយល់ព្រមចំពោះការផ្តល់ថ្នាំ/ការចាក់ថ្នាំបង្ការដែលបានផ្តល់ឱ្យ ។ ហត្ថលេខា

STOP - DO NOT WRITE BELOW THIS LINE

	Seasonal LAIV	Seasonal TIV	Pan H1N1 Live	Pan H1N1 Inactivated	Screener
Contraindications?	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	○ YES ○ NO	
Vaccine To Be Administered	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	Dose #: ○ 1 ○ 2	

	Live	Inactivated	Dosage	Site	Manufacturer / Lot Number	Admin. by
Seasonal VIS 08/11/2009	○	○	○ 0.25 mL ○ 0.50 mL ○ 0.2 mL	○ RD ○ RT ○ LD ○ LT ○ Intranasal	○ SP ○ Nov ○ GSK ○ CSL ○ MI	
Pan H1N1 VIS 10/02/2009	○	○	○ 0.25 mL ○ 0.50 mL ○ 0.2 mL	○ RD ○ RT ○ LD ○ LT ○ Intranasal	○ SP ○ Nov ○ GSK ○ CSL ○ MI	

Date Administered	VFC PIN	Street Number of Site
M M / D D / Y Y Y Y		

46635 Formtran

Flu Form R3 10/19/2009