

លិខិតជូនដំណឹងអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគដែលត្រូវការ

ជូនចំពោះមាតាប្តី/អាណាព្យាបាល៖ _____

កំណត់ត្រារបស់យើងបង្ហាញថាកូនរបស់អ្នក ត្រូវការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ (ការចាក់ថ្នាំ) ដូចខាងក្រោម ដើម្បីបំពេញតាមត្រូវការទាមទារ ដោយច្បាប់ស្តីពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគនៅសាលារដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ាផ្នែកនៃកូដសុខភាពនិងសុវត្ថិភាព 120325-120375:

ថ្នាំបង្ការរោគ	កម្រិតដែលមិនបានចាក់ មានដូចខាងក្រោម៖					ការកំណត់
ជំងឺស្ទីតដង្ហើង (Polio)	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2	<input type="checkbox"/> #3	<input type="checkbox"/> #4		_____
DTaP (Tdap ឬ Td បើមានអាយុ 7 ឬច្រើនជាងនេះ)	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2	<input type="checkbox"/> #3	<input type="checkbox"/> #4	<input type="checkbox"/> #5	_____
MMR	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2				_____
រលាកស្រាមខ្នុរ (Hib) (ថែទាំកុមារ/ថ្នាក់មេតូឃ្យតែប៉ុណ្ណោះ)	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2	<input type="checkbox"/> #3	<input type="checkbox"/> #4		_____
រលាកថ្លើមប្រភេទ B	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2	<input type="checkbox"/> #3			_____
មេរោគវារីសេលឡា (Varicella) (អុតស្វាយ)	<input type="checkbox"/> #1	<input type="checkbox"/> #2				_____
Tdap (សម្រាប់ថ្នាក់ទី 7-12)	<input type="checkbox"/> #1					_____

លោកអ្នកត្រូវការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគមួយច្រើន ដូចខាងក្រោម៖

1. ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកបានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគទាំងអស់ដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើរួចហើយនោះ សូមនាំយកកំណត់ត្រាចាក់ថ្នាំបង្ការរោគជូនយើងខ្ញុំដើម្បីឱ្យយើងខ្ញុំអាចធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពឯកសាររបស់យើង។ កំណត់ត្រារបស់កូនអ្នក ត្រូវមានកាលបរិច្ឆេទនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគដែលបានគូសប្រយោជន៍ខាងលើ និងឈ្មោះគ្រូពេទ្យ/គ្លីនិក។
2. ប្រសិនបើកូនរបស់អ្នកមិនទាន់បានចាក់ថ្នាំបង្ការរោគទាំងអស់ ដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើទេ សូមនាំយកសំណុំបែបបទនេះភ្ជាប់ជាមួយកំណត់ត្រាចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់កូនអ្នកជូនគ្រូពេទ្យ ឬមន្ទីរសុខាភិបាលនៅមូលដ្ឋាន ដើម្បីចាក់ថ្នាំបង្ការរោគដែលបានបញ្ជាក់ខាងលើ។ សូមនាំយកកំណត់ត្រាចាក់ថ្នាំបង្ការរោគដែលបានធ្វើបច្ចុប្បន្នភាពរបស់កូនអ្នក បន្ទាប់ពីការមកជួបចាក់ថ្នាំបង្ការរោគនីមួយៗ រហូតទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគដែលបានទាមទារទាំងអស់។
3. ប្រសិនបើការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគណាមួយ មិនបានផ្តល់ជូនកូនរបស់អ្នកដោយសារតែហតុផលវេជ្ជសាស្ត្រនោះ សូមនាំយកលិខិតលើកលែងតែផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដែលចុះហត្ថលេខាដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់កូនអ្នកមកជូនយើងខ្ញុំ (MD ឬ DO ដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណនៅរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា)។

យោងតាមច្បាប់រដ្ឋ យើងមិនអាចអនុញ្ញាតឱ្យកូនរបស់អ្នកចូលរៀនបានទេ លើកលែងតែយើងទទួលបានការបញ្ជាក់ថា តម្រូវការទាមទារខាងលើ ត្រូវបានបំពេញតាមកាលបរិច្ឆេទនេះ៖ _____

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែមដែលទាក់ទងមុនចូលរៀនសាលាមេតូឃ្យ (ការមើលថែទាំកុមារ ឬសាលាមេតូឃ្យ) និងត្រូវការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគនៅសាលារៀន សូមចូលមើលវិបសាយ www.shotsforschool.org.
ប្រសិនបើលោកអ្នកមានសំណួរណាមួយ ឬត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែម សូមទាក់ទងមកខ្ញុំតាមលេខ _____

ដោយក្តីគោរពខ្ពង់ខ្ពស់