

**ការអនុញ្ញាតវ៉ាក់សាំងកូវីដ-19**  
**សម្រាប់បុគ្គលក្រោមអាយុ 18 ឆ្នាំ។**

ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានអំពីកុមារទទួលវ៉ាក់សាំងកូវីដ-19 (សូមសរសេរផ្ទៃក្រចក)៖

ឈ្មោះកូនរបស់អ្នក(ត្រកូល ដំបូង កណ្តាល)	កាលបរិច្ឆេទកំណើត (ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ) អាយុ		
អាសយដ្ឋានផ្លូវ	ទីក្រុង	រដ្ឋ	ស៊ីប

លេខទូរស័ព្ទ

ផ្នែកទី 2: ព័ត៌មានអំពីហានិភ័យនិងអត្ថប្រយោជន៍នៃវ៉ាក់សាំងកូវីដ-19។

រដ្ឋបាលអាហារនិងឱសថសហរដ្ឋអាមេរិក (FDA) បានអនុញ្ញាតការប្រើ ជាបន្ទាន់ នៃវ៉ាក់សាំង ដើម្បីការពារ កូវីដ-19 ក្នុងបុគ្គលដែលមានអាយុ 6 ខែនិងអាយុច្រើនជាង។ សូមអានឯកសារអង្កហេតុអំពីអ្នកទទួលនិង អ្នកថែទាំដែលត្រូវបាន ប្រកាស ផ្សាយនៅក្នុងគេហទំព័រ FDA ដើម្បីរៀនយល់បន្ថែមទៀតអំពី ហានិភ័យ អត្ថប្រយោជន៍ និងប្រតិកម្មរបស់វ៉ាក់សាំងកូវីដ-19។ មានឯកសារ [អង្កហេតុ](#) សម្រាប់វ៉ាក់សាំងនីមួយៗ។

ផ្នែកទី 3: ការអនុញ្ញាត។

ខ្ញុំបានត្រួតពិនិត្យព័ត៌មានអំពីហានិភ័យនិងអត្ថប្រយោជន៍របស់វ៉ាក់សាំងកូវីដ-19 ក្នុងផ្នែកទី 2 ខាងលើនិង យល់អំពីហានិភ័យនិង អត្ថប្រយោជន៍។ ខ្ញុំយល់ព្រមថា៖

- ខ្ញុំបានពិនិត្យទម្រង់ការយល់ព្រមនេះ ហើយបានអាន និងយល់អំពី "ឯកសារអង្កហេតុសម្រាប់អ្នកទទួល និងអ្នកថែទាំ" អំពីហានិភ័យ និង អត្ថប្រយោជន៍ដែលអាចកើតមាននៃវ៉ាក់សាំងដែលត្រូវគ្នា។
- ខ្ញុំមានសិទ្ធិពេញច្បាប់ដើម្បីអនុញ្ញាត ឱ្យកុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើ ទទួលការចាក់ថ្នាំកូវីដ-19 វ៉ាក់សាំង។
- ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនតម្រូវឱ្យអមដំណើរកុមារ ដែលមានឈ្មោះខាងលើទៅ ការណាត់ជួបចាក់ថ្នាំនោះទេ ហើយដោយផ្តល់ការយល់ព្រមពីខ្ញុំខាង ក្រោម កុមារនឹងទទួលថ្នាំបង្ការ ថា ខ្ញុំមានវត្តមាន នៅពេលណាត់ ជួបចាក់វ៉ាក់សាំងប្តូរអត់។
- ខ្ញុំយល់ថា តាមតម្រូវការរបស់រដ្ឋ (លេខកូដសុខភាពនិងសុវត្ថិភាព § 120440) រាល់ការចាក់ថ្នាំបង្ការ នឹងត្រូវរាយការណ៍ទៅការិយាល័យចុះបញ្ជីភាពសុវត្ថិភាពនៃកាលីហ្វ័រញ៉ា (CAIR2)។ យល់ថា ព័ត៌មានក្នុងកំណត់ត្រា CAIR2 របស់កុមារនឹងត្រូវចែករំលែកជាមួយផ្នែកសុខភាពក្នុងតំបន់និងមន្ទីរសុខាភិបាលសាធារណៈត្រូវ ចាត់ទុកជាព័ត៌មានរដ្ឋសម្រាប់ប្រើសម្រាប់ចែករំលែកគ្នា ត្រូវបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់។ ខ្ញុំ អាចបដិសេធដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យព័ត៌មានដើម្បីចែករំលែកទៅមុខទៀត ហើយអាចស្នើសុំកំណត់ត្រា CAIR2 ទៅទម្រង់រ៉ឺប [Lock My CAIR Record](#) របស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមសម្រាប់កុមារដែលមានឈ្មោះនៅផ្នែកខាងលើនៃ ទម្រង់បែបបទនេះ ដើម្បីទទួលថ្នាំបង្ការ ជាមួយវ៉ាក់សាំងកូវីដ-19 ហើយ បានពិនិត្យ និងយល់ព្រមចំពោះព័ត៌មានដែលមានក្នុងទម្រង់នេះ។

ឈ្មោះ (ត្រកូល ដំបូង កណ្តាល)

ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ

អាសយដ្ឋាន ប្រសិនបើខុសពីព័ត៌មានខាងលើ

លេខទូរស័ព្ទ ប្រសិនបើខុសពីនៅខាងលើ ទំនាក់ទំនងនឹងកុមារ