



សំរាប់បុគ្គលអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ

ផ្នែកទី 1: ព័ត៌មានអំពីកូន ដើម្បីទទួលវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 (សូមសរសេរអក្សរពុម្ព):

របស់កូន (នាមត្រកូល, ខ្លួន, កណ្តាល)

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត
(mm/dd/yyyy)

អាយុ

អាសយដ្ឋានផ្លូវ

ក្រុង

រដ្ឋ

ស៊ីបកូដ

លេខទូរស័ព្ទ

ផ្នែកទី 2: ព័ត៌មានស្តីពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍ នៃវ៉ាក់សាំង PfizerBioNTech COVID-19

វ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 អាចនឹងការពារមនុស្សបានចាក់វ៉ាក់សាំង ពីការកើតជំងឺ COVID-19។ ឥតមានវ៉ាក់សាំងដែល នាយកដ្ឋានភោជនភណ្ឌ និងឱសថូបករណ៍ (Food and Drug Administration, FDA) សហរដ្ឋ បានទទួលស្គាល់ ដើម្បីការពារ COVID-19 ឡើយ។ តែយ៉ាងណាមិញ FDA បានអនុញ្ញាតឱ្យប្រើបន្ទាន់ នូវវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 ដើម្បីការពារ COVID-19 ក្នុងបុគ្គលអាយុ 16 ឆ្នាំ និងចាស់ជាង នៅក្រោម ការអនុញ្ញាតឱ្យប្រើបន្ទាន់ (Emergency Use Authorization, EUA)។ វ៉ាក់សាំង PfizerBioNTech COVID-19 ត្រូវបានចាក់ជាបន្តបន្ទាប់ ២ ដុំស្យូ ឃ្លាតពីគ្នា ៣ អាទិត្យ ចូលទៅក្នុងសាច់ដុំ។ វ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 មិនអាចនឹងការពារមនុស្សគ្រប់ៗគ្នាបានទេ។ ឥទ្ធិពលរាយរងដែលបានរាយការណ៍ ជាមួយនឹងវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 រួមមាន ឈឺនៅកន្លែងចាក់, អស់កម្លាំង, ឈឺក្បាល, ឈឺសាច់ដុំ, ស្រ្តែវស្រាញ, ឈឺសន្លាក់ឆ្អឹង, គ្រុន, ហើមនៅកន្លែងចាក់ថ្នាំ, ក្រហមនៅកន្លែងចាក់ថ្នាំ, រមួលពោះ, មិនស្រួលខ្លួន, និងបានហើមក្រពេញទឹក រងៃ។ មានឱកាសតិចតួច ដែលវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 អាចបណ្តាលឱ្យមានប្រតិកម្ម អាលឡែរជីធ្ងន់ធ្ងរ។ ប្រតិកម្ម អាលឡែរជីធ្ងន់ធ្ងរ តាមធម្មតានឹងកើតឡើងក្នុងពេលបីបួននាទី ទៅមួយម៉ោង បន្ទាប់ពីការចាក់វ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19។ ដោយមូលហេតុនេះ អ្នកផ្តល់ការចាក់ វ៉ាក់សាំង អាចនឹងសូមមនុស្សដែលទទួលវ៉ាក់សាំង ឱ្យនៅនឹងកន្លែងដែលគេបានទទួលវ៉ាក់សាំងរបស់គេ សំរាប់ការត្រួតមើល បន្ទាប់ពីការចាក់វ៉ាក់សាំង។ សញ្ញានៃប្រតិកម្ម អាលឡែរជីធ្ងន់ធ្ងរ អាចរួមមានការពិបាក ដកដង្ហើម, ហើមនៅមុខ និងបំពង់ក, បេះដូងដើរញាប់ៗ, និង/ឬ កន្ទួលខ្លាំងនៅពាសពេញខ្លួនប្រាណ។ “ក្រដាសការណ៍ពិត សំរាប់អ្នកទទួល និងអ្នកថែទាំ” នៃវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 គឺមាននៅ <https://www.fda.gov/media/144414/download>។



សំរាប់បុគ្គលអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ

ផ្នែកទី 3: ការយល់ព្រម

ការយល់ព្រម សំរាប់ការចាក់វ៉ាក់សាំងឲ្យអនីតិជន៖ ខ្ញុំបានមើលព័ត៌មានឡើងវិញ ស្តីពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍នៃវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 ក្នុង ផ្នែកទី 2 ខាងលើ ហើយក៏យល់អំពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍។ តាមការផ្តល់ឲ្យ នូវការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំខាងក្រោម ខ្ញុំយល់ព្រមថា៖

1. ខ្ញុំបានមើលការ យល់ព្រមនេះឡើងវិញ ហើយខ្ញុំយល់ថា “ក្រដាសការណ៍ពិត សំរាប់អ្នកទទួល និងអ្នកថែទាំ” មានព័ត៌មានយ៉ាងក្បាយថែមទៀត អំពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍ដែលអាចមាន នៃវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19។
 2. ខ្ញុំមានអាជ្ញាដោយស្របច្បាប់ ដើម្បីយល់ព្រមឲ្យកូនរបស់ខ្ញុំ មានឈ្មោះខាងលើ បានចាក់ វ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19។
 3. ខ្ញុំយល់ថា ខ្ញុំមិនបានតម្រូវឲ្យជូនដំណើរ កូនមានឈ្មោះ ខាងលើ ទៅការណាត់ជួប ចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់គេទេ ហើយថា ដោយផ្តល់ឲ្យនូវការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំខាងក្រោម កូនរបស់ខ្ញុំនឹងទទួលវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 ទោះបីមានវត្តមានរូបខ្ញុំ ឬអវត្តមានរូបខ្ញុំ នៅ កន្លែងការណាត់ជួបចាក់វ៉ាក់សាំង ក៏ដោយ។
 4. បើសិនខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ដែលរ៉ាប់រងកូនមានឈ្មោះខាងលើ ខ្ញុំក៏ឲ្យការអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំ សំរាប់ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំ ត្រូវបានចេញវិក្កយប័ត្រឲ្យ សំរាប់តម្លៃនៃការចាក់វ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19។ រដ្ឋាភិបាល គឺបង់ប្រាក់សំរាប់វ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 ខ្លួនឯង ហើយខ្ញុំនឹងមិនត្រូវបានចេញវិក្កយប័ត្រឲ្យ សំរាប់ផ្នែកនៃតម្លៃការ ចាក់ថ្នាំការពាររោគ របស់ខ្ញុំឡើយ។
 5. ខ្ញុំយល់ថា ដូចបានតម្រូវដោយច្បាប់រដ្ឋ ថាគ្រប់ការចាក់ថ្នាំការពាររោគ ទាំងអស់ នឹងបានរាយការណ៍ទៅប្រព័ន្ធព័ត៌មានការចាក់ថ្នាំការពាររោគ រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (Massachusetts Immunization Information System, MIIS) នៃក្រសួងសុខភាពសាធារណៈ។ ខ្ញុំអាចមើល ក្រដាស ការណ៍ពិត MIIS សំរាប់មាតាបិតា និងអ្នកជំងឺ នៅ www.mass.gov/dph/miis សំរាប់ព័ត៌មានស្តីពី MIIS និងត្រូវធ្វើអ្វីខ្លះ បើសិនខ្ញុំជំទាស់ចំពោះទិន្នន័យរបស់ខ្ញុំ ឬគ្រួសាររបស់ខ្ញុំ ត្រូវបានចែកចាយជាមួយ អ្នកផ្តល់សេវាផ្សេងៗនៅក្នុង MIIS។
- ខ្ញុំឲ្យការយល់ព្រមរបស់ខ្ញុំ សំរាប់កូនមានឈ្មោះ នៅប៉ែកខាងលើនៃទំរង់បំពេញនេះ ឲ្យបានចាក់វ៉ាក់សាំង ជាមួយវ៉ាក់សាំង Pfizer-BioNTech COVID-19 ព្រមទាំងបានមើលឡើងវិញ និងបានយល់ព្រមចំពោះ ព័ត៌មាន ដែលបានថ្លែងនៅក្នុង ផ្នែកទី 3 នៃទំរង់បំពេញនេះ។ (បើសិនការយល់ព្រមនេះ មិនបានចុះហត្ថលេខា មិនបានចុះកាលបរិច្ឆេទ និងមិនបានប្រគល់មកវិញទេ កូននឹងមិនបានចាក់វ៉ាក់សាំងឡើយ)។

ហត្ថលេខា នៃអ្នកតំណាងបានអនុញ្ញាតស្របច្បាប់

កាលបរិច្ឆេទ