

# COVID-19 ကာကွယ်ဆေးထိုးရေး သဘောတူညီချက်ဖော်ပြချက်

## အပိုင်း 1 - လူနာ၏ အချက်အလက်

လူနာအမည်- \_\_\_\_\_

လူနာ မွေးသက္ကရာဇ် - \_\_\_\_\_

မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ အမည်(လူနာက အသက် 18 နှစ်အောက်ဖြစ်ပါက) - \_\_\_\_\_

နေအချိန် ဖုန်းနံပါတ် - \_\_\_\_\_

## အပိုင်း 2 - COVID-19 ကာကွယ်ဆေး

ကျေးဇူးပြု၍ သင် သို့မဟုတ် သင်နှင့်အတူ လူနာသည် ယနေ့ COVID-19 ကာကွယ်ဆေးကို လက်ခံရသည့် အကြောင်းရင်းကို ရွေးချယ်ပါ-

- ကာကွယ်ဆေးမထိုးရသေးပါ သို့မဟုတ် COVID-19 ကာကွယ်ဆေးအတွဲလိုက်ကို အပြီးသတ်မထိုးရသေးပါ။
- COVID-19 ကာကွယ်ဆေးအတွဲလိုက်တစ်ခု ထိုးပြီးသွားသော်လည်း ကျွန်ုပ်အား နောက်ထပ်ထိုးရန် အရည်အချင်းပြည့်မီစေသည့် အန္တရာယ်များသော ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် အခြားအခြေအနေနှင့် ကိုက်ညီပါသည်။
  - အကျိတ်များ သို့မဟုတ် သွေးကင်ဆာများအတွက် လက်ရှိ ကင်ဆာရောဂါကုသမှုကို ခံယူနေပါသည်
  - ကိုယ်တွင်းအင်္ဂါ အစားထိုးကုသမှု ခံယူပြီး ခုခံအားစနစ်ကို ထိန်းချုပ်ရန် ဆေးသောက်နေပါတယ်။
  - လွန်ခဲ့သော 2 နှစ်အတွင်း ပင်မဆဲလ် အစားထိုးကုသမှုကို လက်ခံရရှိခဲ့သည် သို့မဟုတ် ခုခံအားစနစ်ကို ထိန်းချုပ်ရန် ဆေးသောက်နေရပါသည်။
  - အလယ်အလတ် သို့မဟုတ် ပြင်းထန်သော မူလကိုယ်ခံအားကျဆင်းမှု (ဥပမာ DiGeorge ရောဂါ၊ Wiskott-Aldrich ရောဂါ)
  - ပြင်းထန်သော သို့မဟုတ် မကုသရသေးသော HIV ကူးစက်မှု
  - ဆေးအာနိသင်ပြင်းသော corticosteroids ( $\geq 20\text{mg}$  prednisone သို့မဟုတ် တစ်ရက်နှင့်ညီမျှသော) သို့မဟုတ် ခုခံအားတုံ့ပြန်မှုကို ထိန်းချုပ်သော အခြားဆေးဝါးများဖြင့် ကုသအမြဲကုသနေခြင်း
  - နိုင်ငံရပ်ခြားတွင် အလုပ်လုပ်ကိုင်ခြင်းနှင့် နေထိုင်ခြင်း၏ တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းအနေဖြင့် အခြားနိုင်ငံတွင် လိုင်စင်ရရှိထားသော ကာကွယ်ဆေး (ဥပမာ AstraZeneca ကာကွယ်ဆေး၊ Sputnik V ကာကွယ်ဆေး သို့မဟုတ် Sinovac) ကို ထိုးခဲ့ပါသည်။

- ကာကွယ်ဆေး အကျိုးသက်ရောက်မှုအတွက် တရားဝင်လက်တွေ့စမ်းသပ်မှုတွင် မိမိ၏ ဆန္ဒအရ လိုင်စင်မရသေးသော COVID-19 ကာကွယ်ဆေး (AstraZeneca vaccine ကဲ့သို့သော ကာကွယ်ဆေး) ကို ထိုးခဲ့ပါသည်။

**□ ကျွန်ုပ်သည် အားဖြည့်ထိုးဆေးထိုးရန် အရည်အချင်းပြည့်မီပါသည်။**

- 18 နှစ် သို့မဟုတ် အထက် ဖြစ်သည်
  - Johnson & Johnson ကာကွယ်ဆေးကို လွန်ခဲ့သော နှစ်လတွင်ထိုးခဲ့ပြီး အသက်
  - Pfizer သို့မဟုတ် Moderna ဒုတိယအလုံးကို အနည်းဆုံးအဖြစ် လွန်ခဲ့သော 6 လက ထိုးခဲ့သည်

**အပိုင်း 3- လက်မှတ်**

**အောက်တွင် လက်မှတ်ရေးထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်အတိအလင်းကြေငြာသည်မှာ**

- ကျွန်ုပ်က လူနာဖြစ်ပြီး အသက် 18 နှစ်ဖြစ်သည် သို့မဟုတ် လူနာ၏ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူဖြစ်ပါသည်။
- ယနေ့ ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိမည့် COVID-19 အတွက် ကာကွယ်ဆေး အချက်အလက် ထုတ်ပြန်ချက် သို့မဟုတ် ကာကွယ်ဆေး လက်ခံရရှိသူများအတွက် အရေးပေါ်သုံးစွဲရန် ခွင့်ပြုချက် (EUA) ၏ မိတ္တူကို ကျွန်ုပ်အား ပေးထားပါသည်။
- ကာကွယ်ဆေး လက်ခံရယူသူများ သို့မဟုတ် ကာကွယ်ဆေး အချက်အလက် ထုတ်ပြန်ချက်အတွက် EUA တွင် ပါဝင်သည့် အချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ် ဖတ်ရှုပြီး နားလည်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်အား COVID-19 ကာကွယ်ဆေးနှင့် ပတ်သက်၍ မေးခွန်းများ မေးမြန်းရန် အခွင့်အလမ်း ပေးထားပါသည်။
- COVID-19 ကာကွယ်ဆေး၏ ကောင်းကျိုးများနှင့် အန္တရာယ်များကို နားလည်ပြီး သဘောတူညီချက်ပေးရန် ကျွန်ုပ်အားခွင့်ပြုထားသည့် အထက်ဖော်ပြပါ လူထံ ကာကွယ်ဆေး ထိုးပေးဖို့ ကျွန်ုပ် တောင်းဆိုပါသည်။

မိဘ လက်မှတ်- \_\_\_\_\_

မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ် (လူနာက အသက် 18 နှစ်အောက်ဖြစ်ပါက) - \_\_\_\_\_

သဘောတူညီချက်ဖောင် လက်မှတ်ထိုးထားသည့် ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_