

**ဗားမောင့် (Vermont) ကျန်းမာရေးဌာန  
COVID-19 ကာကွယ်ဆေးထိုးရေး ဆေးခန်း  
သဘောတူညီချက်ဖောင်**

လူနာအမည်- \_\_\_\_\_ မွေးနေ့- \_\_\_\_\_

- ကျွန်ုပ်က လူနာဖြစ်ပြီး အသက် 18 နှစ်ဖြစ်ကြောင်း သို့မဟုတ် လူနာ၏ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူဖြစ်ကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။
- ယနေ့ ကျွန်ုပ်လက်ခံရရှိမည့် COVID-19 အတွက် ကာကွယ်ဆေး အချက်အလက် ထုတ်ပြန်ချက် သို့မဟုတ် ကာကွယ်ဆေး လက်ခံရရှိသူများအတွက် အရေးပေါ်သုံးစွဲရန်ခွင့်ပြုချက် (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 လူထု ကာကွယ်ဆေး ထိုးပေးဖို့ ကျွန်ုပ် တောင်းဆိုပါသည်။\*

မိဘ၏ လက်မှတ်- \_\_\_\_\_

သဘောတူညီချက်ဖောင်ကို လက်မှတ်ထိုးထားသည့် ရက်စွဲ-  
\_\_\_\_\_

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

\*အသက်မပြည့်သေးသူသည် ထိန်းသိမ်းစောင့်ရှောက်ခံထားရသူ ဖြစ်လျှင် တရားဝင် ခွင့်ပြုချက်ရထားသော ကိုယ်စားပြုသူ၏ လက်မှတ်ကို လိုအပ်သည်။

မိဘ/တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ၏ အမည် (အပြည့်အစုံထည့်ဖော်ပြပါ)- \_\_\_\_\_

မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ၏ နေအချိန် ဖုန်းနံပါတ်\*\* - \_\_\_\_\_

\*\*မိဘ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူသည် ဆေးခန်းတွင် ရှိနေမည် မဟုတ်ပါ။