

# COVID-19 ကာကွယ်ဆေးအတွက်

## ကာကွယ်ဆေးမထိုးမီ

### ဆောင်ရွက်ရမည့်အရာများ



လူနာ နာမည် \_\_\_\_\_

### ကာကွယ်ဆေးထိုးသူများအတွက်-

အောက်ပါမေးခွန်းများက ဘာကြောင့် သင်ဒီဇေ COVID-19 ကာကွယ်ဆေးမထိုးသင့်သည့်အကြောင်းကို ဆုံးဖြတ်ရန် အကူအညီပေးပါလိမ့်မည်။

အသက် \_\_\_\_\_

#### မေးခွန်းတစ်ခုခုကို “ဟုတ်ပါသည်” ဟုဖြေဆိုခြင်းက

သင်ကာကွယ်ဆေးမထိုးသင့်ပါဟု မဆိုလိုပါ။ သင့်ကိုနောက်ထပ်မေးခွန်းများ

မေးမည်ဟုသာ ဆိုလိုပါသည်။

မေးခွန်းမရှင်းလင်းပါက၊ သင့်ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်သူကို ရှင်းပြခိုင်းပါ။

ဟုတ်ပါသည်မဟုတ်ပါ မသိပါ

1. သင်ဒီဇေ ဖျားနေပါသလား။			
2. COVID-19 ကာကွယ်ဆေးကို သင်ထိုးဖူးပါသလား။			
<ul style="list-style-type: none"> <li>ထိုးဖူးပါက၊ မည်သည့်ကာကွယ်ဆေးမျိုး ထိုးခဲ့ပါသလဲ။                     <ul style="list-style-type: none"> <li><input type="checkbox"/> Pfizer</li> <li><input type="checkbox"/> Moderna</li> <li><input type="checkbox"/> အခြားဆေးတစ်မျိုး _____</li> </ul> </li> </ul>			
<p>3. သင်သည် အောက်ပါအရာများနှင့် ဓါတ်မတည့်မှု ရှိပါသလား။</p> <p>(ဤအရာထဲတွင် အက်ပနက်ဖရင် သို့မဟုတ် EpiPen လိုအပ်သော သို့မဟုတ် ဆေးရုံတက်ရန်လိုအပ်သော ပြင်ထန်းသောဓါတ်မတည့်မှု [ဥပမာ - အသက်အန္တရာယ် ရှိနိုင်သော ဓါတ်မတည့်မှု] မျိုး ပါဝင်နိုင်ပါသည်။</p> <p>ဤအရာထဲတွင် အင်ပျဉ်၊ ဖူးရောင်ခြင်း သို့မဟုတ် ချွဲသလိပ်သံအပါအဝင် အသက်ရှူလမ်းကြောင်းအခက်အခဲကို ၄ နာရီအတွင်း ဖြစ်လာစေနိုင်သော ဓါတ်မတည့်မှုမျိုးပါဝင်ပါသည်။)</p>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>ဝမ်းနုတ်ဆေးနှင့် အူမကြီးဓါတ်မှန်ရိုက်ဖို့ပြင်ဆင်ရာတွင် အသုံးပြုသောဆေးဝါးများ ကဲ့သို့သော အချို့ဆေးဝါးများထဲတွင် တွေ့ရှိနိုင်သည့် ပေါ့လီသလင်း ဂလိုက်ခေါ် (PEG) ပါဝင်သော COVID-19 ကာကွယ်ဆေးအစိတ်အပိုင်း</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>ပိုလီဆိုဘိတ်</li> </ul>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>ပထမအကြိမ် COVID-19 ကာကွယ်ဆေး</li> </ul>			
<p>4. သင်သည် (COVID-19 ကာကွယ်ဆေးမဟုတ်သော) အခြားသော ကာကွယ်ဆေး သို့မဟုတ် ထိုးဆေးတစ်မျိုးမျိုးနှင့် ဓါတ်မတည့်မှုမျိုးရှိပါသလား။</p> <p>(ဤအရာထဲတွင် အက်ပနက်ဖရင် သို့မဟုတ် EpiPen လိုအပ်သော သို့မဟုတ် ဆေးရုံတက်ရန်လိုအပ်သော ပြင်ထန်းသောဓါတ်မတည့်မှု [ဥပမာ - အသက်အန္တရာယ် ရှိနိုင်သော ဓါတ်မတည့်မှု] မျိုး ပါဝင်နိုင်ပါသည်။ ဤအရာထဲတွင် အင်ပျဉ်၊ ဖူးရောင်ခြင်း သို့မဟုတ် ချွဲသလိပ်သံအပါအဝင် အသက်ရှူလမ်းကြောင်းအခက်အခဲကို ၄ နာရီအတွင်း ဖြစ်လာစေနိုင်သော ဓါတ်မတည့်မှုမျိုးပါဝင်ပါသည်။)</p>			
<p>5. COVID-19 ကာကွယ်ဆေး အစိတ်အပိုင်း၊ ပိုလီဆိုဘိတ်၊ သို့မဟုတ် ကာကွယ်ဆေး သို့မဟုတ် ထိုးဆေးတစ်မျိုးမျိုးကြောင့်မဟုတ်ဘဲ အခြားပြင်းထန်သော ဓါတ်မတည့်မှုမျိုး (ဥပမာ - အသက်အန္တရာယ် ရှိနိုင်သော ဓါတ်မတည့်မှု) ရှိပါသလား။ အစားအစာ၊ အိမ်မွေးတိရစ္ဆာန်၊ ပတ်ဝန်းကျင်၊ သို့မဟုတ် သောက်ဆေးများနှင့် ဓါတ်မတည့်မှု</p>			
<p>6. လွန်ခဲ့သော ၁၄ ရက်နေ့အတွင်းတွင် သင်ကာကွယ်ဆေးတစ်မျိုးမျိုး ထိုးခဲ့ပါသလား။</p>			

7. COVID-19 ရှိသည်ဟု ဆေးစစ်ချက်အဖြေထွက်သလား သို့မဟုတ် COVID-19 ရှိသည်ဟု ဆရာဝန်ပြောဖူးပါသလား။			
8. သင်သည် COVID-19 ကုသမှုအတွက် သက်မဲ့ပဋိပစ္စည်းကုသမှုမျိုး (မိုနိုခလိုနယ် ပဋိပစ္စည်း သို့မဟုတ် သွေးရည်ကြည်) ရရှိဖူးပါသလား။			
9. HIV သို့မဟုတ် ကင်ဆာရောဂါကြောင့် ခန္ဓာကိုယ်ခုခံအားစနစ် နည်းသွားခြင်းမျိုးရှိပါသလား သို့မဟုတ် ခန္ဓာကိုယ်ခုခံအားစနစ် တိုးစေသောဆေး သို့မဟုတ် ကုသမှုမျိုးရှိပါသလား။			
10. သွေးထွက်လွန်သည့်ရောဂါရှိပါသလား သို့မဟုတ် သွေးကျဆေး သောက်နေပါသလား။			
11. ကိုယ်ဝန်ဆောင်နေပါသလား သို့မဟုတ် ကလေးနို့တိုက်နေပါသလား။			

ဖောင်ပြန်လည်သုံးသပ်သူ \_\_\_\_\_

ရက်စွဲ \_\_\_\_\_