

खोप फारम

सुरक्षित खोपको लागि तलका प्रश्नहरूलाई राम्रोसँग पढेर, आफै (कानूनी प्रतिनिधि, अभिभावक) विवरण चेक गरि भर्नुहोस् ।

नाम	ना.प्र.न.	-	(□पु □म)
वास्तविक जन्ममिति	विदेशी दर्ता कार्ड नं.	-	(□पु □म)
फोन नं.	(घर)	(फोन नम्बर)	तौल kg

व्यक्तिगत खोप जानकारीको खुलासाका लागि सहमति	बिरामीबाट पुष्टि ☒
---	--

हामीले "संक्रामक रोग नियन्त्रण तथा रोकथाम ऐन" को धारा 32 र "संक्रामक रोग नियन्त्रण तथा रोकथाम ऐनको प्रवर्तन नियम" को धारा 32-3 अनुसार विदेशी दर्ता नम्बर र संवेदनशील जानकारी सहित व्यक्तिगत जानकारी सङ्कलन गर्छौं।

- सङ्कलन र प्रयोगको उद्देश्य: खोपको अर्को डोज, खोप प्रोटोकल पूरा भएको छ कि छैन र खोप प्रतिकूल घटनाहरू अवलोकन गरिएको छ कि छैन भन्ने सम्बन्धमा मोबाइल एपमार्फत पाठ सन्देशहरू र पुश सूचनाहरू प्रदान गर्न।
- सङ्कलन र प्रयोग गरिने डाटा: व्यक्तिगत डाटा (संवेदनशील जानकारी र विदेशी दर्ता नम्बरसहित) र फोन नम्बर (घर/मोबाइल)
- अवधारण अवधि: 5 वर्ष

म यसद्वारा मेरो स्वास्थ्य सेवा प्रदायकलाई "संक्रामक रोग नियन्त्रण तथा रोकथाम ऐन" को धारा 26-2 अन्तर्गत खोप रजिस्ट्री सूचना प्रणाली मा मेरो वा मेरो बच्चा/वाईको खोप रेकर्डहरू पहुँच गर्न अनुमति दिन्छु। * तपाईं सहमत हुनुहुन्न भने, स्वास्थ्य सेवा प्रदायकले तपाईंको खोप इतिहास लिखित रूपमा अनुरोध गर्न सक्नुहुन्छ र तपाईंले कुनै विशेष समस्याहरू नभएसम्म यसलाई विना सर्त यसको पालना गर्नुपर्छ।	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
---	---

म मेरो अर्को डोज र/वा मल्टिडोज खोपहरूको शृङ्खला पूरा भएको छ कि छैन भन्ने सम्बन्धमा पाठ सन्देश वा मोबाइल एप पुश सूचनाहरू प्राप्त गर्न सहमत छु। * तपाईं कुनै सन्देश वा सूचनाहरूबाट अट आउट गर्नुहुन्छ भने, जानकारी जसको रसिदमा तपाईं सहमत हुनुहुन्न तपाईं सम्म पुग्ने छैन।	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
--	---

म सम्भावित खोप प्रतिकूल घटनाहरूको सन्दर्भमा पाठ सन्देशहरू वा मोबाइल एप पुश सूचनाहरू प्राप्त गर्न सहमत छु। * तपाईं कुनै सन्देश वा सूचनाहरूबाट अट आउट गर्नुहुन्छ भने, जानकारी जसको रसिदमा तपाईं सहमत हुनुहुन्न तपाईं सम्म पुग्ने छैन।	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
--	---

खोप अधिको परीक्षण चेकलिस्ट	बिरामीबाट पुष्टि ☒
----------------------------	--

1. के तपाईंले गत महिनाभित्र कुनै खोप लगाउनुभएको छ? छ भने, कृपया आफ्नो खोप इतिहास निर्दिष्ट गर्नुहोस्। ()	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
2. के तपाईंले खोप पछि कुनै प्रतिकूल घटनाहरू अनुभव गर्नुभयो र चिकित्सा ध्यान खोज्नुभएको छ? छ भने, कृपया प्रतिकूल घटना र तपाईंले प्राप्त गर्नुभएको खोप निर्दिष्ट गर्नुहोस्। ()	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
3. के तपाईं आज बिरामी भएको महसुस गर्दै हुनुहुन्छ? यदि हुनुहुन्छ भने, कृपया आफ्नो लक्षणहरू वर्णन गर्नुहोस्। ()	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
4. (महिलाहरूका लागि मात्र) के तपाईं गर्भवती हुनुहुन्छ वा अर्को महिनामा गर्भवती हुने सम्भावना छ?	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
5. के तपाईंलाई औषधि, खाना (जस्तै, अण्डा), वा खोपबाट कहिल्यै पित्ता वा एलर्जीका लक्षणहरू छन् (जस्तै, दाग, एनाफिलेक्टिक झटका, सास फेर्न गाह्रो हुने, बेहोस हुने, ओठ/मुख सुन्निने, आदि)?	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
6. के तपाईंलाई क्यान्सर, ल्युकेमिया वा प्रतिरक्षा प्रणाली रोग छ? छ भने, कृपया निर्दिष्ट गर्नुहोस्। ()	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
7. के तपाईंले पछिल्लो 3 महिनामा स्टेरोइड, केमोथेरापी वा विकिरण थेरापी गर्नुभएको छ?	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
8. के तपाईंले गत वर्ष रक्त सञ्चार गर्नुभएको छ वा इम्युनोग्लोबुलिन प्राप्त गर्नुभएको छ?	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
9. (COVID-19 को सन्दर्भमा) के तपाईं रगत जम्ने विकारबाट पीडित हुनुहुन्छ वा एन्टिकोगुलेन्ट औषधि लिनुहुन्छ? यदि हो भने, कृपया अवस्थाको नाम वा औषधिको प्रकार प्रदान गर्नुहोस्। ()	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
10. के तपाईंसँग दौरा वा अन्य क्रेनियल नर्व डिसअर्डरको इतिहास छ (जस्तै, गुडलेन-ब्यारे सिन्ड्रोम)?	☐ हुन्छ ☐ हुदैन
11. के तपाईंले कहिल्यै अन्य जन्मजात विसंगतिहरू, दम, फोक्सोको रोग, हृदय रोग, मृगौला रोग, कलेजो फेल, इन्डोक्राइन रोग (जस्तै, मधुमेह) र/वा रक्त विकारहरू (रगत जम्ने विकारहरू बाहेक) को निदान वा उपचार गर्नुभएको छ? छ भने, कृपया निर्दिष्ट गर्नुहोस्। ()	☐ हुन्छ ☐ हुदैन

मलाई मेरो परीक्षण नतिजा र प्रतिरक्षा पछि सम्भावित प्रतिकूल घटनाहरूका बारेमा सूचित गरिएको छ र खोप(हरू) प्राप्त गर्न सहमत छु भनी म यसद्वारा पुष्टि गर्छु।

बिरामी वा आमाबुवा/कानुनी अभिभावकको नाम:

(हस्ताक्षर)

बिरामीसँगको सम्बन्ध

* कानुनी अभिभावकको विदेशी दर्ता नम्बर (जन्म दर्ता अघि नवजात शिशुहरूका लागि)

(yyyy)

(mm)

(dd)

डाक्टरको नतिजा (डाक्टरको रेकर्ड)	चेक ☒
----------------------------------	---

शरीरको तापक्रम °C	खोप पछि प्रतिकूल प्रतिक्रिया सम्बन्धि जानकारी गरे	☐
-------------------	---	--------------------------

प्रतिकूल प्रतिक्रिया हेर्नको लागि खोपपछि 20~ 30 मिनेट खोप दिने कार्यालयमा बस्ने बारेमा जानकारी दिए	☐
--	--------------------------

पेपरवेट परिणाम:	
-----------------	--

माथिका प्रश्नको परिणाम स्वरूप खोप दिन सम्भव छ ।	डाक्टरको नाम:	(सङ्केत)
---	---------------	----------



ໃບສອບຖາມ ກ່ອນສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ

ເພື່ອຮັບປະກັນໃຫ້ການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດມີຄວາມປອດໄພ, ທ່ານຕ້ອງໄດ້ອ່ານຄໍາຖາມດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ໃຫ້ລະອຽດຊັດເຈນ, ເພື່ອມາລົງລາຍເຊັນຕົນເອງ (ຜູ້ຕາງໜ້າ ຫຼື ຜູ້ປົກຄອງ) ໃສ່ໃນລາຍການທີ່ກຳນົດໃຫ້.

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ	ເລກບັດປະຈຳຕົວ	-	(☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ)
ວັນເດືອນປີເກີດ ຕົວຈິງ	ເລກບັດຕ່າງດ້າວ	-	(☐ ຊາຍ ☐ ຍິງ)
ເປີໂທ	(ເຮືອນ)	(ມືຖື)	ນ້ຳໜັກ kg

ການຍິນຍອມເພື່ອໃຫ້ເຜີຍແຜ່ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບການຮັບວັກຊີນ	ການຍິນຍອມຈາກຄົນເຈັບ ☒
--	---

ພວກເຮົາເກັບເອົາຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ ເຊິ່ງລວມທັງເລກທະບຽນຕ່າງປະເທດ ແລະ ຂໍ້ມູນທີ່ມີຄວາມລະອຽດອ່ອນຕາມມາດຕາ 32 ຂອງ “ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄວບຄຸມ ແລະ ປ້ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່” ແລະ ມາດຕາ 32-3 ຂອງ “ດຳລັດບັງຄັບໃຊ້ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄວບຄຸມ ແລະ ປ້ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່”.

① ຈຸດປະສົງຂອງການເກັບ ແລະ ການນຳໃຊ້: ເພື່ອສົ່ງຂໍ້ຄວາມ ແລະ ການແຈ້ງເຕືອນຜ່ານແອັບມືຖື ກ່ຽວກັບວັກຊີນໂດສຕໍ່ໄປ, ບໍ່ວ່າພິທີການທາງການສັກວັກຊີນຈະຄົບ ຫຼື ບໍ່ ແລະ ໄດ້ມີການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ຫຼື ບໍ່ມີການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ທີ່ບໍ່ເພີ່ມປະໂຫຍດຈາກວັກຊີນ ຫຼື ບໍ່ກໍຕາມ.

② ຂໍ້ມູນທີ່ຈະເກັບເອົາ ແລະ ນຳໃຊ້: ຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວ (ລວມທັງຂໍ້ມູນທີ່ມີຄວາມລະອຽດອ່ອນ ແລະ ເລກທະບຽນຕ່າງປະເທດ) ແລະ ໝາຍເລກໂທລະສັບ (ບ້ານ/ມືຖື)

③ ໄລຍະເວລາເກັບຮັກສາໄວ້: 5 ປີ

ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກຂອງຂ້າພະເຈົ້າເຂົ້າເຖິງບັນທຶກການສັກວັກຊີນຂອງລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ/ຕືກຄົນເຈັບຢູ່ໃນລະບົບຂໍ້ມູນລົງທະບຽນສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ຕາມຄວາມຈຳເປັນທີ່ຈະຕ້ອງຮັບຊາບພາຍໃຕ້ມາດຕາ 26-2 ຂອງ “ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຄວບຄຸມ ແລະ ປ້ອງກັນພະຍາດຕິດຕໍ່”.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
* ຖ້າທ່ານບໍ່ຍິນຍອມ, ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການດ້ານສາທາລະນະສຸກອາດສະເໜີຂໍປະຫວັດການສັກວັກຊີນຂອງທ່ານຢ່າງເປັນລາຍລັກອັກສອນ ແລະ ທ່ານຕ້ອງປະຕິບັດຕາມໂດຍບໍ່ມີເງື່ອນໄຂ ເວັ້ນແຕ່ວ່າຈະມີບັນຫາພິເສດ.	
ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີຮັບຂໍ້ຄວາມ ຫຼື ການແຈ້ງເຕືອນຢູ່ແອັບມືຖື ທີ່ກ່ຽວກັບໂດສຕໍ່ໄປຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ/ຫຼື ໄດ້ມີການໃຫ້ວັກຊີນຫຼາຍໂດສຄົບຕາມຈຳນວນແລ້ວບໍ່.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
* ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຮັບຂໍ້ຄວາມ ຫຼື ການແຈ້ງເຕືອນ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານບໍ່ຍິນຍອມຮັບ.	
ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີຮັບຂໍ້ຄວາມ ແລະ ການແຈ້ງເຕືອນຢູ່ແອັບມືຖື ທີ່ກ່ຽວກັບອາການທີ່ບໍ່ເພີ່ມປະໂຫຍດຈາກວັກຊີນທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນໄດ້.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
* ຖ້າທ່ານເລືອກທີ່ຈະບໍ່ຮັບຂໍ້ຄວາມ ຫຼື ການແຈ້ງເຕືອນ, ທ່ານຈະບໍ່ໄດ້ຮັບຂໍ້ມູນທີ່ທ່ານບໍ່ຍິນຍອມຮັບ.	

ລາຍການກວດສອບກ່ອນສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ	ການຍິນຍອມຈາກຄົນເຈັບ ☒
-----------------------------------	---

1. ທ່ານໄດ້ຮັບວັກຊີນໃດໜຶ່ງພາຍໃນເດືອນທີ່ຜ່ານມາບໍ່? ຖ້າໄດ້ຮັບ, ກະລຸນາລະບຸປະຫວັດການຮັບວັກຊີນຂອງທ່ານ.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
()	
2. ທ່ານເຄີຍມີອາການທີ່ບໍ່ເພີ່ມປະໂຫຍດຈາກວັກຊີນ ແລະ ໄດ້ໃຫ້ແພດກວດບໍ່? ຖ້າເຄີຍ, ກະລຸນາລະບຸອາການທີ່ບໍ່ເພີ່ມປະໂຫຍດຈາກວັກຊີນ ແລະ ວັກຊີນທີ່ທ່ານໄດ້ຮັບ.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
()	
3. ມີມື້ທ່ານຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍບໍ່? ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາອະທິບາຍກ່ຽວກັບອາການຂອງທ່ານ.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
()	
4. (ສຳລັບແມ່ຍິງເທົ່ານັ້ນ) ທ່ານຖືພາ ຫຼື ມີໂອກາດທີ່ຈະຖືພາໃນເດືອນຖັດໄປບໍ່?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
5. ທ່ານເຄີຍມີອາການລົມພິດ ຫຼື ອາການພູມແພ້ (ເຊັ່ນ: ຜື່ນແດງ, ອາການແພ້ຮຸນແຮງ, ຫາຍໃຈສັ່ນ, ໜັດສະຕິ, ສັບ/ປາກບວມ, ອື່ນໆ) ຈາກຢາ, ອາຫານ (ເຊັ່ນ: ໄຂ່) ຫຼື ວັກຊີນບໍ່?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
6. ທ່ານເປັນມະເຮັງ, ມະເຮັງເມັດເລືອດຂາວ ຫຼື ພະຍາດລະບົບພູມຄຸ້ມກັນບໍ່? ຖ້າເປັນ, ກະລຸນາລະບຸ.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
()	
7. ທ່ານໄດ້ຮັບສະເຕຣອຍ, ເຄມີບຳບັດ ຫຼື ການບຳບັດດ້ວຍການສາຍແສງໃນ 3 ເດືອນທີ່ຜ່ານມາບໍ່?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
8. ທ່ານໄດ້ປ່ຽນຖ່າຍເລືອດ ຫຼື ຮັບສານຕ່ານເຊື້ອໃນປີທີ່ຜ່ານມາບໍ່?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
9. (ກ່ຽວກັບໂຄວິດ-19) ທ່ານມີອາການເລືອດແຂງໂຕໂດຍຜິດປົກກະຕິ ຫຼື ກິນຢາຕ້ານການແຂງຕົວຂອງເລືອດບໍ່? ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາລະບຸຊື່ຂອງອາການ ຫຼື ປະເພດຂອງຢາ.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
()	
10. ທ່ານມີອາການຊັກ ຫຼື ອາການເສັ້ນປະສາດໃນສະໝອງຜິດປົກກະຕິ (ເຊັ່ນ: ອາການ Guillain-Barré) ບໍ່?	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
11. ທ່ານຖືກບັງຄັບໃຫ້ ຫຼື ໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວອາການຄວາມຜິດປົກກະຕິທີ່ມີມາດຕັ້ງແຕ່ເກີດ, ພະຍາດຫຼັງ, ພະຍາດປອດ, ພະຍາດຫົວໃຈ ແລະ ເສັ້ນເລືອດ, ໝາກໄຂ່ຫຼັງບໍ່ເຮັດວຽກ, ຕັບວາຍ, ພະຍາດຕ້ອນບໍ່ມີຕົວ (ເຊັ່ນ: ເບົາຫວານ) ແລະ/ຫຼື ອາການເລືອດຜິດປົກກະຕິ (ນອກຈາກອາການເລືອດແຂງໂຕໂດຍຜິດປົກກະຕິ) ບໍ່? ຖ້າແມ່ນ, ກະລຸນາລະບຸ.	☐ ແມ່ນ ☐ ບໍ່ແມ່ນ
()	

ຂ້າພະເຈົ້າຂໍຢືນຢັນວ່າ ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຊາບກ່ຽວກັບຜົນການກວດຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ແລະ ກ່ຽວກັບອາການທີ່ບໍ່ເພີ່ມປະໂຫຍດຈາກວັກຊີນ ຫຼັງການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ແລະ ຂ້າພະເຈົ້າເຫັນດີຮັບວັກຊີນ.

ຊື່ຄົນເຈັບ/ຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ: (ລາຍເຊັນ)

ສາຍສຳພັນກັບຄົນເຈັບ:

* ເລກທະບຽນຕ່າງປະເທດຂອງຜູ້ປົກຄອງຕາມກົດໝາຍ (ສຳລັບເດັກເກີດໃໝ່ກ່ອນການລົງທະບຽນການເກີດ)

(ປີ) (ເດືອນ) (ວັນທີ)

ຜົນການກວດກາຂອງແພດ (ຄຳເຫັນຂອງແພດ)		ຍືນຍັນ ☒
ອຸນຫະພູມ: °C	ໄດ້ອະທິບາຍ ອາການທີ່ຈະເກີດຂຶ້ນ ພາຍຫຼັງສັກຢາ ໃຫ້ຜູ້ປົກ ຄອງເດັກຮັບຮູ້ແລ້ວ	☐
'ພາຍຫຼັງ ສັກຢາແລ້ວ, ໄດ້ແນະນຳໃຫ້ຜູ້ປົກຄອງເດັກ ພາເດັກລໍຖ້າ ຢູ່ຈຸດສັກຢາ ຜົນເວລາ 20-30 ນາທີ ເພື່ອສັງເກດອາການ ທີ່ອາດຈະເກີດຂຶ້ນ'		☐
ຜົນການກວດກາ :		
ບໍ່ມີບັນຫາຫຍັງ, ເດັກຜູ້ນີ້ ສາມາດເຂົ້າສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດໄດ້. ຊື່ແພດ : (ລາຍເຊັນ)		



Вакцин хийлгэх бүртгэл

Аюулгүй вакцин хийлгэхийн тулд доорх асуултыг уншин, өөрийн биеэр (хуулийн бие төлөөлөгч болон асран хамгаалагч) бөглөнө үү.

Овог нэр		Иргэний үнэмлэхний дугаа	-	(□эр □эм)
Төрсөнөн сар өдөр		гадаад иргэн ий үнэмлэхний дугаар	-	(□эр □эм)
Утасны дугаар	(Гэрийн утас)	(Гар утас)	Биеийн жин	kg

ВАКЦИНЖУУЛАЛТАД ХАМРАГДАХ ХҮНИЙ ХУВИЙН МЭДЭЭЛЭЛ АВАХ ЗӨВШӨӨРЛИЙН ХУУДАС	Өөрөө бөглөнө ☒
---	---

*Халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх тухай хууль-ийн 32-р бүлэг, мөн хуулийн тогтоолын 32-р бүлгийн 3-т заасны дагуу иргэний бүртгэлийн дугаар зэрэг хувийн нууц мэдээллийг цуглуулж авна.

- ① Хувийн мэдээлэл цуглуулж авах-ашиглах зорилго: Дараагийн ээлжинд хамрагдах вакцин, вакцинд бүрэн хамрагдсан эсэх, вакцин хийлгэсний дараа үүсэх гаж нөлөөний тухай мэдээллийг мессеж, мобайл аппликейшнээр илгээнэ.
 ② Цуглуулж авч-ашиглах хувийн мэдээлэл: Хувийн мэдээлэл(хувийн нууц мэдээлэл, иргэний үнэмлэхний дугаар), утасны дугаар(гэр / гар утас)
 ③ Хадгалж, ашиглах хугацаа: 5 жил

*Халдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх тухай хууль-ийн 26-р бүлгийн 2-т заасны дагуу вакцинд хамрагдах гэж байгаа хүний вакцинжуулалтад хамрагдсан байдлыг вакцинд хамрагдахаас өмнө "Вакцинжуулалтад хяналт тавих нэгдсэн систем"-ээс урьдчилан шалгахыг зөвшөөрч байна.
 * Вакцинжуулалтад хамрагдсан байдлыг урьдчилан шалгахыг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд эмнэлгийн ажилтан вакцинжуулалтад хамрагдсан байдлын тухай мэдээллийг бичгээр өгөхийг шаардаж болох бөгөөд вакцинд хамрагдагчид ямар нэгэн хүндэтгэх шалтгаан байхгүй бол энэхүү шаардлагыг хүлээж авна.

☐ Тийм ☐ Үгүй

Дараагийн ээлжинд хамрагдах вакцин, вакцинжуулалтад бүрэн хамрагдсан эсэх тухай мэдээллийг мессеж, мобайл аппликейшнээр хүлээж авахыг зөвшөөрч байна.
 * Мэдээлэл хүлээж авахыг зөвшөөрөөгүй бол холбогдох мэдээллийг хүлээж авах боломжгүй.

☐ Тийм ☐ Үгүй

Вакцин хийлгэсний дараа гаж нөлөө үүссэн эсэх, түүнтэй холбогдох мэдээллийг мессеж, мобайл аппликейшнээр хүлээж авахыг зөвшөөрч байна.
 * Мэдээлэл хүлээж авахыг зөвшөөрөөгүй бол холбогдох мэдээллийг хүлээж авах боломжгүй.

☐ Тийм ☐ Үгүй

ВАКЦИНД ХАМРАГДАХ ХҮНИЙ БИЕИЙН БАЙДЛЫН АСУУЛГА	Өөрөө бөглөнө ☒
--	---

1. Сүүлийн 1 сарын дотор вакцинд хамрагдсан уу? Тийм бол вакцины нэрийг бичнэ үү. () ☐ Тийм ☐ Үгүй

2. Вакцин хийлгэсний дараа үүссэн гаж нөлөөний улмаас эмчилгээ хийлгэж байсан уу? Тийм бол үүссэн гаж нөлөө, вакцины нэрийг бичнэ үү. () ☐ Тийм ☐ Үгүй

3. Одоо өвдөж байгаа газар байгаа юу? Тийм бол өвчний шинж тэмдгийг бичнэ үү. () ☐ Тийм ☐ Үгүй

4. (Эмэгтэйчүүд) Одоо жирэмсэн эсвэл дараагийн нэг сарын дотор жирэмслэх магадлалтай юу? ☐ Тийм ☐ Үгүй

5. Эм, хоол хүнс(Жишээ нь: Өндөг), вакцины улмаас биен дээр юм туурах, харшил үүсэх шинж тэмдэг(Жишээ нь: Биен дээр юм туурах, анафилакс: Шоколд орох, амьсгал давхцах, ухаан алдаж унах, уруул/ам хавдах г.м) илэрч байсан уу? ☐ Тийм ☐ Үгүй

6. Хорт хавдар, цагаан бөөм, дархлааны тогтолцооны өвчтэй юу? Тийм бол тухайн өвчний нэрийг бичнэ үү. () ☐ Тийм ☐ Үгүй

7. Сүүлийн 3 сарын дотор стероид, хими, туяа эмчилгээ хийлгэсэн тохиолдол бий юу? ☐ Тийм ☐ Үгүй

8. Сүүлийн 1 жилийн дотор цус сэлбүүлэх юмуу иммуноглобулин хийлгэсэн тохиолдол бий юу? ☐ Тийм ☐ Үгүй

9. (Корона 19) Цус бүлэгнэх, цус шингэрүүлэх эм ууж байсан тохиолдол бий юу? Тэгвэл өвчний нэр, эмийн нэрийг бичнэ үү. () ☐ Тийм ☐ Үгүй

10. Таталт өгөх юмуу тархины мэдрэлийн тогтолцооны эмгэг(Жишээ нь: Guillain-Barre Syndrome) шинж илэрч байсан уу? ☐ Тийм ☐ Үгүй

11. Төрөлхийн гажиг, астма, уушиг, зүрх, бөөр, элэгний өвчин, чихрийн шижин, дотоод шүүрлийн тогтолцоо, цусны өвчин(цус бүлэгнэх өвчнөөс бусад)-тэй гэсэн онош тогтоолгох юмуу эмчилгээ хийлгэж байсан уу? Тийм бол тухайн өвчний нэрийг бичнэ үү. () ☐ Тийм ☐ Үгүй

Эмчийн үзлэгийн хариу, гаж нөлөөний тухай тайлбар аваад вакцинд хамрагдана.
 Өөрийн(Хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагч) овог нэр: (Гарын үсэг) Вакцинд хамрагдсан хүнтэй ямар хамааралтай болох: - ()
 *Вакцин хийлгэх гэж байгаа хүн төрсний бүртгэл хийлгээгүй нярай хүүхэд бол хуулийн төлөөлөгчийн иргэний бүртгэлийн дугаар(-)
 он сар өдөр

Эмчийн үзлэгийн бүртгэл (Эмч бөглөх хуудас)	Тэмдэг тавина ☒
---	---

Биеийн халуун : °C Вакцины дараах шинжийн талаар тайлбарласан. ☐

Вакцин хийлгээд 20-30 минут ажиглаж байгаад явах талаар тайлбарласан. ☐

Үзлэгийн үр дүн :

Эмчийн үзлэгээр вакцин хийхэд боломжтой. Эмчийн нэр : (гарын үсэг)



BẢNG KIỂM TRƯỚC TIÊM CHỦNG

Nhằm tiêm chủng an toàn, quý vị (người đại diện pháp lí, người giám hộ)
hãy đọc kỹ câu hỏi dưới đây và điền vào câu trả lời tương ứng.

Họ và tên	Số chứng minh nhân dân	-	(☐ Nam ☐ Nữ)
Ngày sinh	Số đăng ký người nước ngoài	-	(☐ Nam ☐ Nữ)
Số điện thoại	(Nhà riêng)	(Di động)	Thế trọng kg

Đồng ý cung cấp thông tin cá nhân để thực hiện tiêm chủng	Xác nhận ☒
---	--

Chúng tôi thu thập các thông tin riêng tư và thông tin cá nhân như số CCCD, v.v. theo Điều 32 của “Luật Phòng ngừa và Quản lý bệnh truyền nhiễm” và Điều 32.3 của Nghị định cùng bộ luật.

① Mục đích thu thập & sử dụng: Cung cấp dịch vụ thông báo qua tin nhắn và ứng dụng di động về lịch tiêm chủng tiếp theo, tình trạng hoàn thành và phản ứng bất thường xảy ra sau khi tiêm chủng.

② Nội dung thu nhập & sử dụng: Thông tin cá nhân (thông tin riêng tư, số CCCD), số điện thoại (nhà/di động)

③ Thời gian sử dụng & lưu trữ: 5 năm

Tôi đồng ý việc kiểm tra trước lịch sử tiêm chủng của người được tiêm chủng thông qua Hệ thống Quản lý Tiêm chủng Tổng hợp trước khi tiêm chủng, theo Điều 26.2 của “Luật Phòng ngừa và Quản lý bệnh truyền nhiễm”.

* Nếu không đồng ý việc kiểm tra trước lịch sử tiêm chủng, nhân viên y tế có thể yêu cầu bạn cung cấp lịch sử tiêm chủng bằng văn bản và người được tiêm chủng bắt buộc phải tuân thủ yêu cầu này trừ khi có lý do đặc biệt để không đồng ý.

☐ Có ☐ Không

Tôi đồng ý nhận thông tin qua tin nhắn và ứng dụng di động về lịch tiêm chủng tiếp theo và tình trạng hoàn thành.

* Nếu không đồng ý nhận thông báo, bạn sẽ không nhận được thông tin về những nội dung mà bạn đã không đồng ý.

☐ Có ☐ Không

Tôi đồng ý nhận thông báo qua tin nhắn và ứng dụng di động về các phản ứng bất thường sau khi tiêm chủng.

* Nếu không đồng ý nhận thông báo, bạn sẽ không nhận được thông tin về những nội dung mà bạn đã không đồng ý.

☐ Có ☐ Không

Nội dung cần xác nhận liên quan đến người được tiêm chủng	Xác nhận ☒
---	--

1. Trong vòng 1 tháng gần đây, có tiêm chủng hay không? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên loại tiêm chủng.

☐ Có ☐ Không

2. Trong các lần tiêm chủng trước đây, có từng bị phản ứng bất thường và phải điều trị không? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên loại tiêm chủng và phản ứng bất thường đã gặp phải.

☐ Có ☐ Không

3. Hôm nay, có bị đau ốm ở đâu không? Nếu có, vui lòng ghi rõ các triệu chứng đau ốm.

☐ Có ☐ Không

4. (Dành cho nữ) Hiện tại, có đang mang thai hoặc có khả năng sẽ mang thai trong tháng sau không?

☐ Có ☐ Không

5. Có từng bị mẫn ngứa, dị ứng (VD: phát ban, sốc phản vệ như: sốc thuốc, khó thở, mất ý thức, sưng môi/miệng, v.v.) với thuốc, thực phẩm (như trứng, v.v.) hoặc vắc-xin tiêm chủng không?

☐ Có ☐ Không

6. Có đang bị bệnh ung thư, bệnh bạch cầu hoặc bệnh liên quan đến hệ miễn dịch không? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên bệnh.

☐ Có ☐ Không

7. Trong 3 tháng gần đây, có điều trị bằng thuốc Steroid, thuốc chống ung thư, xạ trị không?

☐ Có ☐ Không

8. Trong 1 năm gần đây, có được truyền máu hoặc tiêm thuốc Globulin miễn dịch không?

☐ Có ☐ Không

9. (COVID-19) Có đang bị rối loạn đông máu hoặc dùng thuốc chống đông máu không? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên bệnh hoặc loại thuốc đang dùng.

☐ Có ☐ Không

10. Có từng bị động kinh hoặc bị bệnh rối loạn thần kinh khác (VD: Hội chứng Guillain - Barre) không?

☐ Có ☐ Không

11. Có được chẩn đoán hoặc đã điều trị về dị tật bẩm sinh, hen suyễn hay bệnh phổi, bệnh tim, bệnh thận, bệnh gan, bệnh tiểu đường hay về nội tiết, bệnh máu (ngoài rối loạn đông máu) không? Nếu có, vui lòng ghi rõ tên bệnh.

☐ Có ☐ Không

Tôi sẽ tiêm chủng sau khi nghe giải thích về kết quả thăm khám của bác sĩ và phản ứng bất thường.

Người được tiêm chủng (Người đại diện pháp luật, Người giám hộ):

Quan hệ với người được tiêm chủng:

* Nếu người được tiêm chủng là trẻ sơ sinh chưa đăng ký khai sinh thì ghi số CCCD của Người đại diện pháp luật (

-)

Ngày tháng năm

Kết quả khám sàng lọc trước tiêm chủng (Mục bác sĩ viết)	Xác nhận ☒
--	--

Thân nhiệt: °C Đã giải thích về phản ứng bất thường sau tiêm chủng

☐

Đã giải thích rằng ‘phải ở lại bệnh viện khoảng 20~30 phút sau khi tiêm chủng để theo dõi xem có phản ứng bất thường không’

☐

Kết quả khám:

Kết quả khám cho thấy có thể tiêm chủng.

Bác sĩ:

(Ký tên)



Immunization Screening Questionnaire

To ensure a safe vaccination, please read the following questions carefully and complete the form by selecting the appropriate response as either the **Patient, Parent, or Legal Guardian**.

Personal Information of Vaccine Recipient				
Full Name		Resident Registration Number	—	(☐ Male ☐ Female)
Date of Birth (YYYY.MM.DD)		Foreign Registration Number (if applicable)	—	(☐ Male ☐ Female)
Contact Number	(Home)	(Mobile)	Weight	kg
Consent for Collection and Use of Personal Information			Identity Verification ☒	
In accordance with Article 32 of the Infectious Disease Control and Prevention Act and Article 32-3 of its Enforcement Decree, we collect personal and sensitive information, including your Resident Registration Number. The details of the collection and use are as follows: ① Purpose of Collection and Use: To provide notifications regarding upcoming vaccinations and completion status / To monitor adverse events following immunization (AEFI) through SMS and mobile applications ② Collected Information: Personal data (including sensitive information and Resident Registration Number) / Home and mobile phone numbers ③ Retention period: 5 years				
I hereby consent to the verification of my (or my child's) vaccination records through the Immunization Registry Information System (IRIS) under Article 26-2 of the Infectious Disease Control and Prevention Act.			☐ Yes ☐ No	
* If you do not consent, healthcare providers may request your vaccination history in writing, and you must comply unless there are special circumstances.				
I agree to receive SMS and mobile app notifications regarding upcoming vaccinations and completion status.			☐ Yes ☐ No	
* If you do not consent, you will not receive updates on vaccination schedule updates.				
I agree to receive SMS and mobile app notifications regarding the monitoring of adverse events following immunization (AEFI).			☐ Yes ☐ No	
for monitoring adverse events following immunization (AEFI).				
* If you do not consent, you will not receive notifications related to AEFI monitoring.				
Pre-Immunization Screening Checklist (To be completed by the Patient, Parent, or Legal Guardian)			Identity Verification ☒	
1. Have you received any vaccinations in the past month? If yes, please specify the vaccine. ()			☐ Yes ☐ No	
2. Have you ever experienced adverse reactions following a vaccination that required medical treatment? If yes, please specify the vaccine. ()			☐ Yes ☐ No	
3. Are you feeling unwell today? If yes, please describe your symptoms. ()			☐ Yes ☐ No	
4. (For female recipients only) Are you currently pregnant or planning to become pregnant within the next month?			☐ Yes ☐ No	
5. Have you ever had an allergic reaction (such as hives, rash, anaphylactic shock, breathing difficulties, loss of consciousness, or swelling of the lips/mouth) to medications, food (e.g., eggs), or vaccines?			☐ Yes ☐ No	
6. Have you ever been diagnosed with cancer, leukemia, or an immune system disorder? If yes, please specify. ()			☐ Yes ☐ No	
7. In the past three months, have you received steroids, chemotherapy, or radiation therapy?			☐ Yes ☐ No	
8. In the past year, have you received a blood transfusion or immunoglobulin treatment?			☐ Yes ☐ No	
9. (For COVID-19 vaccination) Do you have a blood clotting disorder or are you currently taking anticoagulants? If yes, please specify the condition or medication. ()			☐ Yes ☐ No	
10. Have you ever experienced seizures or neurological conditions (e.g., Guillain-Barré Syndrome)?			☐ Yes ☐ No	
11. Have you ever been diagnosed with or treated for any congenital anomalies, asthma, lung disease, cardiovascular disease, kidney disease, liver disease, endocrine disorders (e.g., diabetes), or blood disorders (excluding blood clotting disorders)? If yes, please specify. ()			☐ Yes ☐ No	
Acknowledgement & Consent for Vaccination I confirm that I have received an explanation regarding my (or my child's) medical examination and potential adverse events following immunization (AEFI). I consent to the administration of the vaccination. Patient, Parent, or Legal Guardian Name: (Signature) Relationship to Vaccine recipient:				
* National Registration Number of Legal Guardian (if your child's birth has not yet been registered): -			Date(yyyy/mm/dd):	
Physician's Pre-Vaccination Screening Results (To be completed by the physician)			Check ☒	
Body Temperature: °C	The recipient has been informed of potential adverse reactions following immunization (AEFI).		☐	
The recipient has been advised to remain at the medical institution for 20–30 minutes for post-vaccination observation.			☐	
Results of history-taking:			☐	
Based on the patient's history and physical examination, the recipient is cleared for vaccination.				
Physician's Name:			(Signature)	



Emlash bo'yicha tashxis varaqasi

Xavfsiz emlash uchun quyidagi savollarni diqqat bilan o'qib ko'rib, o'zingiz (qonuniy vakil, vasiy) tasdiqlash katagiga belgilashingizni so'raymiz.

Ism-familiya		Fuqarolik ID kartasi raqami	-	(☐ Erkak ☐ Ayol)
Haqiqiy tug'ilgan vaqti		Chet ellik ID kartasi raqami	-	(☐ Erkak ☐ Ayol)
Telefon raqami	(Uy)	(Mobil telefon raqami)	Vazni	kg

Shaxsiy emlash ma'lumotlarini oshkor qilishga rozilik		Bemorning tasdig'i ☒
Biz "Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish to'g'risida"gi Qonunning 32-moddasi va "Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish to'g'risida"gi Qonunni kuchga kiritish" to'g'risidagi farmonning 32-3-moddasiga muvofiq shaxsiy ma'lumotlarni, shu jumladan xorijiy ro'yxatga olish raqami va maxfiy ma'lumotlarni to'playmiz. ① To'plash va foydalanish maqsadi: Emlashning keyingi dozasi, emlash protokoli bajarilganligi va emlashning nojo'ya ta'siri kuzatilayotganligi to'g'risida mobil ilova orqali matnli xabarlar va push xabarnomalarini yuborish. ② To'planishi va ishlatilishi kerak bo'lgan ma'lumotlar: Shaxsiy ma'lumotlar (shu jumladan maxfiy ma'lumotlar va xorijiy ro'yxatdan o'tish raqami) va telefon raqami (uy/mobil) ③ Saqlash muddati: 5 yil		
Ushbu bilan men davolovchi shifokorimga "Yuqumli kasalliklarni nazorat qilish va oldini olish to'g'risida"gi Qonunning 26-2-moddasiga binoan Emlashni ro'yxatga olish axborot tizimida o'zim yoki bolam/vasiyligimdagi shaxsning emlash yozuvlaridan foydalanishga ruxsat beraman.		☐ Ha ☐ Yo'q
* Agar siz rozilik bermasangiz, tibbiy xizmat ko'rsatuvchi sizning emlash tarixingizni yozma ravishda so'rashi mumkin va agar alohida muammolar yuzaga kelmasa, uni so'zsiz bajarishingiz kerak.		
Men emlashning keyingi dozasi va/yoki ko'p dozali emlashlar seriyasi tugaganligi haqida mobil ilovadan matnli xabarlar yoki push-bildirishnomalarni olishga roziman.		☐ Ha ☐ Yo'q
* Agar siz biron bir xabar yoki bildirishnomadan voz kechsangiz, qabul qilishga rozilik berilmagan ma'lumotlar siz tomonidan qabul qilinmaydi.		
Emlashning ehtimoli nojo'ya ta'siri haqida mobil ilovadan matnli xabarlar yoki push-bildirishnomalarni olishga roziman.		☐ Ha ☐ Yo'q
* Agar siz biron bir xabar yoki bildirishnomadan voz kechsangiz, qabul qilishga rozilik berilmagan ma'lumotlar siz tomonidan qabul qilinmaydi.		
Immunizatsiyadan oldin skrining tadbirlarining nazorat ro'yxati		Bemorning tasdig'i ☒
1. So'nggi bir oy ichida emlanganmisiz? Agar shunday bo'lsa, iltimos, emlash tarixingizni kiriting. ()		☐ Ha ☐ Yo'q
2. Emlashdan keyin biron bir nojo'ya ta'sirlarni boshdan kechirganmisiz va tibbiy yordamga murojaat qilganmisiz? Agar shunday bo'lsa, iltimos, nojo'ya hodisa va siz olgan vaksinani ko'rsating. ()		☐ Ha ☐ Yo'q
3. Bugun o'zingizni yomon his qilyapsizmi? Agar shunday bo'lsa, iltimos, alomatlaringizni tasvirlab bering. ()		☐ Ha ☐ Yo'q
4. (Faqat ayollar uchun) Siz homiladormisiz yoki keyingi oyda homilador bo'lishingiz mumkinmi?		☐ Ha ☐ Yo'q
5. Dori-darmonlar, oziq-ovqat (masalan, tuxum) yoki emlashdan eshak yemi yoki allergiya alomatlari (masalan, toshma, anafilaktik shok, nafas qisilishi, xushdan ketish, lablar/og'iz shishishi va boshqalar) bo'lganmi?		☐ Ha ☐ Yo'q
6. Sizda saraton, leykemiya yoki immunitet tizimi kasalliklari bormi? Agar shunday bo'lsa, iltimos, aniqlashtiring. ()		☐ Ha ☐ Yo'q
7. So'nggi 3 oy ichida siz steroidlar, kimyoterapiya yoki nur terapiyasini qabul qildingizmi?		☐ Ha ☐ Yo'q
8. Sizga qon quyilganmi yoki o'tgan yili immunoglobulin olganmisiz?		☐ Ha ☐ Yo'q
9. (COVID-19 haqida) Siz qon ketishining buzilishidan aziyat chekasizmi yoki antikoagulyantlarni qabul qilasizmi? Agar shunday bo'lsa, iltimos, kasallikning nomini yoki dori turini ko'rsating. ()		☐ Ha ☐ Yo'q
10. Sizda tutqanoq yoki boshqa bosh miya asab kasalliklari (masalan, Guillain-Barre sindromi) bo'lganmi?		☐ Ha ☐ Yo'q
11. Sizga biron marta boshqa tug'ma anomalialar, astma, o'pka kasalliklari, yurak-qon tomir kasalliklari, buyrak disfunktsiyasi, jigar yetishmovchiligi, endokrin kasalliklar (masalan, diabet) va/yoki qon kasalliklari (qon quyulishining buzilishidan tashqari) tashxisi qo'yilganmi yoki ulardan davolanganmisiz? Agar shunday bo'lsa, iltimos, aniqlashtiring. ()		☐ Ha ☐ Yo'q
Ushbu bilan men tekshiruv natijalari va emlashdan keyin yuzaga kelishi mumkin bo'lgan nojo'ya ta'sirlar to'g'risida xabardor qilinganimni tasdiqlayman va ushbu bilan emlash (lar) ga rozilik beraman.		
Bemor yoki ota-ona/qonuniy vasiyning ismi: (Imzo) Bemorga daxldorlik:		
* Qonuniy vasiyning chet el ro'yxatga olish raqami (yangi tug'ilgan chaqaloqlar uchun tug'ilishni ro'yxatdan o'tkazishdan oldin) (yyyy) (oo) (kk)		

Shifokorning tashxis xulosasi (Shifokor tomonidan to'ldiriladi)		Tasdiqlash ☒
Tana harorati : °C	Emlashdan kuzatiladigan nojo'ya ta'sirlar haqida tushuntirdim.	☐
Nojo'ya ta'sirlarni kuzatish maqsadida emlashdan so'ng 20-30daqqa davomida emlash muassasasida kutib turish kerakligini tushuntirdim.		☐
Shifokor so'rovnomasining natijasi :		
Yuqoridagi so'rovnoma va tashxis xulosasiga ko'ra emlash mumkin. Shifokor ism-familiyasi : (Imzo)		



予防接種 予診表

安全な予防接種のために、下記の内容をよくお読みの上、本人確認欄（法定代理人、保護者）にご記入ください。

名前	住民登録番号	-	(□男 □女)
実際の生年月日	外国人登録番号	-	(□男 □女)
電話番号	(自宅)	(携帯電話)	体重 kg

予防接種業務のための個人情報取り扱い等に関する同意書	本人確認 ☒
----------------------------	--

「感染症の予防および管理に関する法律」第32条および同法施行令第32条の3に基づき、住民登録番号などの個人情報およびセンシティブ情報を収集しています。

- ①収集・利用目的：次回の予防接種、完了の有無、予防接種後の副反応に関するSMS、モバイルアプリの通知サービスを提供
 ②収集・利用項目：個人情報(センシティブ情報、住民登録番号を含む)、電話番号(自宅/携帯電話)
 ③保有・利用期間：5年

「感染症の予防および管理に関する法律」第26条の2に基づき、予防接種を行う前に被接種者の予防接種履歴を予防接種統合管理システムで事前確認することに同意します。
 *予防接種履歴の事前確認に同意しない場合、医療者は予防接種履歴を書面で要求することができ、被接種者は特別な理由がないかぎり、これに応じなければなりません。

□はい □いいえ

次回の予防接種や完了の有無に関する情報をSMSやモバイルアプリで受け取ることに同意します。
 *通知の受け取りに同意しない場合、同意しない項目の情報については、受信できません。

□はい □いいえ

予防接種後の副反応の発生有無に関する通知をSMSおよびモバイルアプリで受信することに同意します。
 *通知の受け取りに同意しない場合、同意しない項目の情報については、受信できません。

□はい □いいえ

被接種者の確認事項	本人確認 ☒
-----------	--

1. 最近1か月以内に予防接種を受けましたか？受けた場合、予防接種名を書いてください。
 () □はい □いいえ

2. 過去に受けた予防接種の後、異常反応が生じ、治療を受けたことがありますか？ある場合は、副反応とその予防接種名を書いてください。() □はい □いいえ

3. 今日体に具合の悪いところがありますか？ある場合は、具体的な症状を書いてください。() □はい □いいえ

4. (女性のみ)現在妊娠している、又は今後1か月以内に妊娠する可能性がありますか？ □はい □いいえ

5. 薬や食品(例：卵)、又はワクチン接種でじんましんやアレルギー症状(例：発疹、アナフィラキシー：ショック、呼吸困難、意識消失、唇・口の腫れなど)を起こしたことがありますか？ □はい □いいえ

6. がん、白血病、又は免疫系疾患がありますか？ある場合は、その病名を書いてください。() □はい □いいえ

7. 最近3か月以内にステロイド外用薬、抗がん剤、放射線治療を受けたことがありますか？ □はい □いいえ

8. 最近1年以内に輸血を受けたり、免疫グロブリンを投与されたことがありますか？ □はい □いいえ

9. (COVID-19)血液凝固障害を患っていたり、抗凝固剤を服用していますか？その場合は、病名や薬の種類を書いてください。() □はい □いいえ

10. ひきつけ(けいれん)を起こしたことがあるか、又はその他の脳神経疾患(例：ギラン・バレー症候群を含む)がありますか？ □はい □いいえ

11. その他、先天奇形、喘息や肺・心臓・腎臓・肝臓の病気、糖尿病や内分泌疾患、血液疾患(血液凝固障害など)で診察や治療を受けたことがありますか？ある場合は、その病名を書いてください。() □はい □いいえ

医師の診察結果と副反応に関する説明を聞いた上で、予防接種を希望します。

本人(法定代理人、保護者)の氏名： (署名) 被接種者との関係：

*被接種者が出生届前の新生児の場合、法定代理人の住民登録番号(-)

年 月 日

接種対象者に対する確認事項	確認 ☒
---------------	--

体温： ℃ 予防接種後、異常反応について説明した □

「異常反応を観察するために、接種後20~30分間は接種機関で待機する必要がある」を説明した。 □

問診結果：

以上の問診や診察の結果、予防接種が可能です。 医師の名前： (署名)



预防接种预诊表

为了安全进行疫苗接种,请仔细阅读下面的问题后,填写在本人
(法定代理人、监护人)的确认栏里。

姓名		实际出生日期	-	(☐ 男 ☐ 女)
身份证号码		外国人登录号码	-	(☐ 男 ☐ 女)
电话号码	(家)	(手机)	体 重	kg

出于预防接种目的同意处理个人信息等	本人确认 ☒
-------------------	--

根据《传染病预防及管理相关法律》第32条及《传染病预防及管理相关法律施行令》第32条之3, 收集身份证号码等个人信息及敏感信息。

① 收集和使用目的: 提供预防接种的下一期接种及是否完成接种、预防接种后是否出现不良反应等短信和手机应用程序通知服务

② 收集和使用项目: 个人信息(包括敏感信息、身份证号码)、电话号码(座机/手机)

③ 保留及使用期限: 5年

根据《传染病预防及管理相关法律》第26条之2, 同意在预防接种前通过预防接种综合管理系统提前确认接种对象的预防接种明细。

*不同意提前确认预防接种明细时, 医护人员可以要求提供书面形式的预防接种明细, 接种对象如果没有特殊原因, 应予以提供。

☐ 是 ☐ 否

同意通过短信或手机应用程序接收预防接种的下一期接种及是否完成接种的相关信息。

*如果不同意接收通知, 则无法接收未同意项目的的相关信息。

☐ 是 ☐ 否

同意通过短信或手机应用程序接收预防接种后是否出现不良反应等相关通知。

*如果不同意接收通知, 则无法接收未同意项目的的相关信息。

☐ 是 ☐ 否

接种对象确认事项	本人确认 ☒
----------	--

1. 最近一个月内是否接受过预防接种? 如果是, 请写出预防接种名称。

()

☐ 是 ☐ 否

2. 过去是否因预防接种后出现不良反应而接受过治疗? 如果是, 请写出不良反应和预防接种名称。

()

☐ 是 ☐ 否

3. 今天身体是否不舒服? 如果是, 请写出症状。

()

☐ 是 ☐ 否

4. (女性)目前是否怀孕或是否可能在下个月怀孕?

☐ 是 ☐ 否

5. 是否因为药物、食物(例如: 鸡蛋)或疫苗接种出现过荨麻疹、过敏症状(例如: 出疹子、过敏性休克: 休克、呼吸困难、失去意识, 嘴唇/口腔浮肿等)?

☐ 是 ☐ 否

6. 是否患有癌症、白血病或免疫系统疾病? 如果是, 请写出病名。

()

☐ 是 ☐ 否

7. 最近三个月内是否接受过类固醇药物、抗癌药物、放射线治疗?

☐ 是 ☐ 否

8. 最近一年内是否输过血或注射过免疫球蛋白?

☐ 是 ☐ 否

9. (新冠肺炎)是否患有凝血障碍或正在服用抗凝剂? 如果是, 请写出病名或药物类型。

()

☐ 是 ☐ 否

10. 是否出现过痉挛或其他脑神经系统疾病(例如: 包括吉兰-巴雷综合征)?

☐ 是 ☐ 否

11. 是否因其他先天性畸形、哮喘及肺病、心脏病、肾病、肝病、糖尿及内分泌疾病、血液病(凝血障碍等)而接受过诊断或治疗? 如果是, 请写出病名。()

☐ 是 ☐ 否

我会在听取医生的诊断结果和不良反应说明后进行预防接种。

本人(法定代理人、监护人)姓名:

(签名)

与接种对象的关系:

*如果接种对象是尚未进行出生申报的新生儿, 填写法定代理人的身份证号码()

年 月 日

医生预诊结果(医生确认栏)	确认 ☒
---------------	--

体温: °C

已对疫苗接种后的异常反应进行了说明

☐

针对“为了观察异常反应, 在接种后需在接种机关逗留20~30分钟”的部分也已说明。

☐

问诊结果:

通过如上的问诊及诊查结果显示, 可以进行疫苗接种。

医生姓名:

(签字)



របាយការណ៍បឋមស្តីពីការចាក់ថ្នាំបង្ការ

ឈ្មោះ		លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ	(☐ ប្រុស ☐ ស្រី)		
ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត		លេខកាតសម្គាល់ជនបរទេស	(☐ ប្រុស ☐ ស្រី)		
លេខទូរស័ព្ទតុ	(ផ្ទះ)	(លេខទូរស័ព្ទដៃ)		ទម្ងន់	kg

ការយល់ព្រមសម្រាប់ការចេញផ្សាយព័ត៌មានការចាក់វ៉ាក់សាំងផ្ទាល់ខ្លួន	ការបញ្ជាក់ពីអ្នកជំងឺ ☒
--	--

យើងប្រមូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន រួមទាំងលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស និងព័ត៌មានសើបដោយអនុលោមតាមមាត្រា 32 នៃ "ច្បាប់ស្តីពីការគ្រប់គ្រង និងការពារជំងឺឆ្លង" និងមាត្រា 32-3 នៃ "ក្រមអនុវត្តនៃច្បាប់ស្តីពីការគ្រប់គ្រង និងការពារជំងឺឆ្លង"។

- ① គោលបំណងនៃការប្រមូល និងការប្រើប្រាស់៖ ដើម្បីផ្តល់សារជាអក្សរ និងសារលោកជូនដំណឹងតាមរយៈកម្មវិធីទូរសព្ទចាក់ទងនឹងការចាក់វ៉ាក់សាំងដូសបន្ទាប់ ថាតើនីតិវិធីចាក់វ៉ាក់សាំងត្រូវបានបំពេញដែរឬអត់ និងថាតើកំណើតប្រតិកម្មឆ្លងជំងឺពីការចាក់វ៉ាក់សាំងត្រូវបានគេសង្កេតឃើញដែរឬទេ។
- ② ទិន្នន័យដែលត្រូវប្រមូល និងប្រើប្រាស់៖ ទិន្នន័យផ្ទាល់ខ្លួន (ឬមានព័ត៌មានរសើប និងលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស) និងលេខទូរសព្ទ (ទូរសព្ទនៅផ្ទះ/ទូរសព្ទចល័ត)
- ③ រយៈពេលរក្សាទុក៖ 5 ឆ្នាំ

ខ្ញុំសូមអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់ខ្ញុំចូលរៀបចំកំណត់ត្រាថាវាភ័ក់សាំងកូនខ្ញុំ ឬរបស់បាបិតនៅលើប្រព័ន្ធព័ត៌មានចុះបញ្ជីការចាក់វ៉ាក់សាំង លើមូលដ្ឋានចាំបាច់ដែលត្រូវដឹងក្រោមមាត្រា 26-2 នៃ “ច្បាប់គ្រប់គ្រង និងការពារជំងឺឆ្លង”។ * បើអ្វីមិនយល់ព្រម អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពអាចស្នើសុំប្រតិបត្តិការថាវ៉ាក់សាំងរបស់អ្នកជាឈាបលក្ខណៈអក្សរ ហើយអ្នកត្រូវតែអនុវត្តតាមដោយគ្មានលក្ខខណ្ឌ លុះត្រាតែមានបញ្ជាពីសេវា។	☐ មាន ☐ អត់ ទេ
--	--

ខ្ញុំយល់ព្រមទទួលសារជាអក្សរ ឬសារលោកជូនដំណឹងលើកម្មវិធីទូរសព្ទចាត់ទុកនិងការចាក់វ៉ាក់សាំងជូនបន្ទាប់បន្សំ និង/ឬថាតើសេរីនិកចាក់វ៉ាក់សាំងច្រើនដូសត្រូវបានបញ្ចប់ដែរឬទេ។

* ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនទទួលសារ ឬការជូនដំណឹងណាមួយ ព័ត៌មានទទួលបានដែលអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយនឹងមិនអាចត្រូវបានប្រើប្រាស់ទេ។

☐ មាន ☐ អត់ទេ

* ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសមិនទទួលសារ ឬការផ្សព្វផ្សាយណាមួយ ពីតំបន់ទទួលបានដែលអ្នកមិនយល់ព្រមជាមួយនឹងមិនអាចទៀតទៅដល់អ្នកបានទេ។

☐ មាន ☐ អត់ទេ

បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ការពិនិត្យមុនចាក់វ៉ាក់សាំង	ការបញ្ជាក់ពីអ្នកជំងឺ ☒
--	--

1. តើអ្នកបានចាក់វ៉ាក់សាំងណាមួយក្នុងខែមុនដែរឬទេ? បើឆ្លើយបាន/ចាស សូមបញ្ជាក់ប្រវត្តិចាក់វ៉ាក់សាំងរបស់អ្នក។ ()	☐ មាន ☐ អត់ទេ
--	---

2. តើអ្នកធ្លាប់ជួបប្រទះនឹងករណីប្រតិកម្មឆ្លងឆ្លួរណាមួយបន្ទាប់ពីចាក់វ៉ាក់សាំង និងស្វែងរកការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រដែរឬទេ? បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់ប្រតិកម្មឆ្លងឆ្លួរ និងវ៉ាក់សាំងដែលអ្នកបានចាក់។ ()	☐ មាន ☐ អត់ទេ
--	---

3. ថ្ងៃនេះ តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាឈឺដែរទេ? បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមពណ៌នាអំពីរោគសញ្ញារបស់អ្នក។ ()	☐ មាន ☐ អត់ទេ
---	---

4. (សម្រាប់តែអ្នកជំងឺជាស្រ្តីប៉ុណ្ណោះ) តើអ្នកមានផ្ទៃពោះ ឬទំនងជាមានផ្ទៃពោះនៅខែក្រោយឬ?	☐ មាន ☐ អត់ទេ
--	---

5. តើអ្នកធ្លាប់មានកន្ទួលក្រហម ឬអាសែប៊ាញ៉ូ (ឧ. កន្ទួលមាស់ ប្រតិកម្មខ្លាំងដោយសារធាតុម្យ៉ាង ដង្ហើមខ្លី បាត់បង់ស្មារតី ហើមបបូមាត់/មាត់។ល។) ពីថ្នាំ អាហារ (ឧ. ស៊ីត) ឬវ៉ាក់សាំងដែរឬទេ?	☐ មាន ☐ អត់ទេ
---	---

6. តើអ្នកមានផង្គិមហារីក ផង្គិមហារីកឈាម ឬផង្គិមប្រព័ន្ធភាពស៊ាំដែរឬទេ? បើឆ្លើយបាទ/ចាស សូមបញ្ជាក់។	☐ មាន ☐ អត់ទេ
---	---

7. តើអ្នកបានប្រើប្រាស់ស្បែកអ៊ីត ការព្យាបាលដោយប្រើគីមី ឬការព្យាបាលដោយវិទ្យុសកម្មក្នុងរយៈពេល 3 ខែចុងក្រោយនេះដែរឬទេ?	☐ មាន ☐ អត់ទេ
---	---

8. តើអ្នកបានបញ្ចូលឈ្មោះ ឬបានចាក់ប៉ារ៉ាមីយ៉ាណូក្រូប៊ីយលីនក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅដែរឬទេ?	☐ មាន ☐ អត់ទេ
--	---

9. (ទាក់ទងនឹងជំងឺ COVID-19) តើអ្នកមានជំងឺកណ្តាល ឬលេបថ្នាំប្រឆាំងនឹងកំណកឈាមដែរឬទេ? បើឆ្លើយបាន/ចាស សូមផ្តល់ឈ្មោះជំងឺ ឬប្រភេទថ្នាំ។	☐ មាន ☐ អត់ទេ
--	---

10. តើអ្នកមានប្រវត្តិប្រកាច់ ឬមានជំងឺសរសៃប្រសាទខូចក្បាលផ្សេងទៀត (ឧ. រោគសញ្ញា Guillain-Barre) ដែរឬទេ?	☐ មាន ☐ អត់ទេ
--	---

11. តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានធ្វើជាគភ៌វិនិច្ឆ័យជាមាន ឬទទួលបានការព្យាបាលអាការៈខុសប្រក្រតីពីកំណើតផ្សេងទៀត ជំងឺហឺត ជំងឺស្លូត ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ជំងឺតម្រងនោម ខ្សោយថ្លើម ជំងឺអង្គជួរគ្រីន (ឧ. ជំងឺទឹកនោមផ្អែម) និង/ឬជំងឺបត្តិឈាម (ក្រៅពីជំងឺកំណកឈាម) ដែរឬទេ? បើឆ្លើយបាន/ចាស សូមបញ្ជាក់។ ()	☐ មាន ☐ អត់ទេ
--	---

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ខ្ញុំបានទទួលការជូនដំណឹងអំពីលទ្ធផលពិនិត្យសុខភាពរបស់ខ្ញុំ និងអំពីប្រតិកម្មធុនធ្ងន់ដែលអាចកើតមានបន្ទាប់ពីចាក់វ៉ាក់សាំង ហើយយល់ព្រមទទួលការចាក់វ៉ាក់សាំង។

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ ឬមាតាបិតា/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់៖ (ហត្ថលេខា) ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ

លេខចុះបញ្ជីជនបរទេសនៃអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ (សម្រាប់ទារកទើបនឹងកើតមុនពេលចុះបញ្ជីកំណើត)

(yyyy) (mm) (dd)

លទ្ធផលពិនិត្យមុន នៃការចាក់ថ្នាំបង្ការ (ដែលត្រូវបំពេញ ដោយគ្រូពេទ្យ)	ត្រួតពិនិត្យ ☒
--	--

សីតុណ្ហភាពរាងកាយ :	°C	ខ្ញុំបានពន្យល់ពីប្រតិកម្មមិនល្អបន្ទាប់ពីទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការ	☐
--------------------	----	--	--------------------------

បានពន្យល់ថាត្រូវរងចាំក្នុងមណ្ឌលចាក់ថ្នាំបង្ការរយៈពេល20ទៅ30នាទីក្រោយពេលចាក់ថ្នាំរួចដើម្បីពិនិត្យមើលប្រតិកម្មមិនល្អដែលអាចកើតមាន។	☐
---	--------------------------

លទ្ធផលនៃការវិនិច្ឆ័យ :	
------------------------	--

ដោយផ្អែកសេចក្តីលំអិតរបស់អ្នកជំងឺ និងការពិនិត្យរោងកាយ អ្នកអាចទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការបាន។ ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត : (ហត្ថលេខា)

แบบสอบถามก่อนการฉีดวัคซีนป้องกันโรค

เพื่อความปลอดภัยในการฉีดวัคซีนป้องกันโรค กรุณาอ่านและตอบคำถามด้านล่าง และเซ็นต์เพื่อยืนยันในช่องยืนยันความพร้อมใจตัว (ตัวแทนตามกฎหมาย, ผู้ปกครอง) ชื่อสกุล

ชื่อสกุล		หมายเลขประจำตัว	-	(☐ ชาย ☐ หญิง)
วัน เดือน ปีเกิด		หมายเลขทะเบียนคนต่างด้าว	-	(☐ ชาย ☐ หญิง)
เบอร์โทร	(บ้าน)	(มือถือ)		น้ำหนัก kg

การยินยอมในการดูแลจัดการข้อมูลส่วนบุคคลเพื่อวัตถุประสงค์ในการฉีดวัคซีนป้องกันโรค	การยืนยันตัวตน ☒	
กฎหมายเกี่ยวกับการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อมาตรา 32 และกฎหมายบังคับใช้ที่เกี่ยวข้องกับมาตรา 32 ข้อ 2 ทางหน่วยงานได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคล หมายเลขประจำตัวประชาชนและรายการเพิ่มเติมด้านล่าง ① วัตถุประสงค์ในการเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล: ใช้เพื่อส่งข้อมูลและบริการแจ้งเตือนข้อความเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปและการสิ้นสุดการฉีดวัคซีนที่จำเป็น หลังจากฉีดวัคซีนแล้วเกิดอาการผิดปกติหรือไม่ ② รายการเก็บรวบรวมและใช้ข้อมูลส่วนบุคคล: ข้อมูลส่วนบุคคล(ข้อมูลส่วนตัว รวมถึงหมายเลขบัตรประชาชน) เบอร์โทร(บ้าน/มือถือ) ③ ระยะเวลาในการเก็บและใช้งาน: 5 ปี		
ตามมาตรา 26-2 ของ "พระราชบัญญัติป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ" ฉันทยินยอมให้ยื่นยินยอมรายละเอียดการฉีดวัคซีนล่วงหน้า ของบุคคลที่เข้ารับการฉีดวัคซีนผ่านระบบการจัดการการฉีดวัคซีนแบบบูรณาการก่อนการฉีดวัคซีน * หากคุณไม่ยินยอมให้ยื่นยินยอมรายละเอียดการฉีดวัคซีนล่วงหน้า ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์อาจขอรายละเอียดการฉีดวัคซีนเป็นลายลักษณ์อักษร และบุคคลที่มีสิทธิ์รับการฉีดวัคซีนจะต้องปฏิบัติตาม เว้นแต่จะมีเหตุผลพิเศษ	☐ ใช่ ☐ ไม่	
ฉันยินยอมที่จะรับข้อมูลผ่านข้อความและแอปมือถือเกี่ยวกับการฉีดวัคซีนครั้งต่อไปและการเสริมเส้นการฉีดวัคซีนของฉัน * หากคุณไม่ยินยอมรับการแจ้งเตือน คุณจะไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรายการที่คุณไม่ยินยอม	☐ ใช่ ☐ ไม่	
ฉันยินยอมที่จะรับการแจ้งเตือนผ่านทางข้อความและแอปมือถือเกี่ยวกับการเกิดอาการไม่พึงประสงค์หลังการฉีดวัคซีน * หากคุณไม่ยินยอมรับการแจ้งเตือน คุณจะไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับรายการที่คุณไม่ยินยอม	☐ ใช่ ☐ ไม่	
ข้อมูลการยืนยันสำหรับผู้เข้าเกณฑ์การฉีดวัคซีน	การยืนยันตัวตน ☒	
1. ล่าสุด ภายใน 1 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยได้รับวัคซีนป้องกันแล้วหรือไม่ หากมีกรุณารอกชื่อวัคซีน ()	☐ ใช่ ☐ ไม่	
2. คุณเคยมีอาการแพ้เป็นผื่นหรือลมพิษหลังจากที่มีการฉีดวัคซีนหรือไม่ หากมีกรุณารอกอาการแพ้และชื่อวัคซีน ()	☐ ใช่ ☐ ไม่	
3. วันนี้คุณมีอาการเจ็บบริเวณไหนหรือไม่ กรุณารอกอาการเจ็บ ()	☐ ใช่ ☐ ไม่	
4. (สตรี) ปัจจุบันคุณกำลังตั้งครรภ์หรือคาดว่าจะมีการตั้งครรภ์ใน เดือนถัดไปหรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่	
5. คุณเคยมีอาการลมพิษหรืออาการแพ้ (เช่น ผื่น ภูมิแพ้: ช็อค หายใจลำบาก หมดสติ ริมฝีปาก/ปากบวม ฯลฯ) เนื่องจากยา อาหาร (เช่น ไข่) หรือการฉีดวัคซีนหรือไม่?	☐ ใช่ ☐ ไม่	
6. คุณเป็นมะเร็ง มะเร็งเม็ดเลือดขาว หรือความผิดปกติของระบบภูมิคุ้มกันหรือไม่? ถ้ามีกรุณาเขียนชื่อโรค ()	☐ ใช่ ☐ ไม่	
7. ล่าสุด ภายใน 3 เดือนที่ผ่านมาคุณเคยได้รับการรักษาโดยใช้ยาสเตียรอยด์ ยาต้านมะเร็ง หรือการฉายรังสีเพื่อรักษาโรคมะเร็งหรือไม่	☐ ใช่ ☐ ไม่	
8. ล่าสุด ภายใน 1 ปีที่ผ่านมา คุณเคยได้รับการถ่ายเลือดหรืออิมมูโนโกลบูลินหรือไม่?	☐ ใช่ ☐ ไม่	
9. (โควิด-19) คุณกำลังป่วยเป็นโรคเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือดหรือรับประทานยาต้านการแข็งตัวของเลือดหรือไม่? หากมีกรุณาเขียนชื่อโรคหรือชนิดของยา ()	☐ ใช่ ☐ ไม่	
10. คุณเคยมีอาการชักหรือมีความผิดปกติของระบบประสาททางสมองอื่นๆ (รวมถึงกลุ่มอาการโรคเกลาง-บาร์เร) หรือไม่?	☐ ใช่ ☐ ไม่	
11. คุณเคยได้รับการตรวจหรือรักษาความผิดปกติแต่กำเนิด โรคหอบหืด โรคปอด โรคหัวใจ โรคไต โรคตับ เบาหวาน โรคต่อมไทรอยด์ หรือโรคเลือด (นอกเหนือจากความผิดปกติของการแข็งตัวของเลือด) หรือไม่ หากมีกรุณาเขียนชื่อโรค ()	☐ ใช่ ☐ ไม่	
ข้าพเจ้า ยืนยันที่จะรับการฉีดวัคซีนป้องกันหลังจากได้รับการตรวจและฟังคำอธิบายเกี่ยวกับอาการผิดปกติจากแพทย์แล้ว เจ้าตัว(ตัวแทนตามกฎหมาย ผู้ปกครอง) (ลายเซ็นต์) ความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้รับวัคซีน * กรณีที่ผู้รับวัคซีนเป็นเด็กทารกที่ยังไม่ได้แจ้งเกิด กรุณารอกหมายเลขประจำตัวประชาชนของตัวแทนตามกฎหมาย		
ปี	เดือน	วัน

ผลการตรวจสอบของแพทย์ก่อนรับวัคซีน (บันทึกของแพทย์)		ยืนยัน ☒
อุณหภูมิร่างกาย : °C	ได้อธิบายเกี่ยวกับอาการผิดปกติหลังจากรับวัคซีนแล้ว	☐
‘ได้อธิบายเกี่ยวกับ การตรวจสอบอาการผิดปกติหลังจากรับวัคซีน ประมาณ 20~30 นาที ก่อนที่จะออกจากหน่วยงานที่ได้มีการรับวัคซีนแล้ว		☐
ผลการตรวจ :		
ผลจากการตรวจเช็คสภาพร่างกายแล้วสามารถเข้ารับการฉีดวัคซีนป้องกันโรคได้		ชื่อแพทย์ : (ลายเซ็นต์)



Questionnaire para sa Pagpapabakuna

Para sa ligtas na pagpapabakuna, mangyaring basahin nang mabuti ang mga sumusunod na katanungan. Siguraduhin ding isulat nang maayos ang inyong pangalan (o pangalan ng legal na tagapangalaga) sa ibaba.

Pangalan		Resident Registration No.	-	(☐ Lalake ☐ Babae)
Petsa ng Kapanganakan (YYYY.MM.DD)		Alien Registration Card No.	-	(☐ Lalake ☐ Babae)
Telepono	(Bahay)	(Cellphone)	Timbang	kg

Pahintulot para sa Paglalabas ng Personal na Impormasyon sa Pagbabakuna	Kumpirmasyon mula sa Pasyente ☒
---	---

Kinokolekta namin ang personal na impormasyon kabilang ang Numero ng Rehistro ng Dayuhan at Sensitibong Impormasyon alinsunod sa Artikulo 32 ng "Batas sa Pag-iwas at Pagkontrol ng Nakakahawang Sakit" at ang Artikulo 32-3 ng "Utos sa Pagpapatupad ng Batas sa Pag-iwas at Pagkontrol ng Nakakahawang Sakit."

① Layunin ng pagkolekta at paggamit: Para magbigay ng mga text message at push notification sa pamamagitan ng mobile app tungkol sa susunod na dosis ng bakuna, kung nakumpleto na ang protocol ng pagbabakuna, at kung may napansing masamang epekto ng bakuna.

② Data na kokolektahin at gagamitin: Personal na data (kabilang ang Sensitibong Impormasyon at Numero ng Rehistro ng Dayuhan) at numero ng telepono (bahay/mobile)

③ Haba ng panahong iingat: 5 taon

Sa pamamagitan nito, pinahihintulutan ko ang tagapagbigay ko ng pangangalagang pangkalusugan na i-access ang mga rekord ng bakuna ko o ng aking anak/ward sa Sistema ng Pagrehistro ng Impormasyon sa Pagbabakuna kung kailangan nila sa ilalim ng Artikulo 26-2 ng "Batas sa Pag-iwas at Pagkontrol ng Nakakahawang Sakit."

* Kung hindi ka pumayag, maaaring hilingin ng tagapagbigay ng pangangalagang pangkalusugan ang kasaysayan ng bakuna mo nang nakasulat at dapat mong sundin ito nang walang kondisyon maliban kung may mga espesyal na isyu.

Sumasang-ayon akong tumanggap ng mga text message o mga push notification sa mobile app tungkol sa susunod kong dosis at/o kung nakumpleto na ang serye ng bakuna na maraming dosis.

* Kung mag-opt out ka sa anumang mga mensahe o notification, hindi makakarating sa iyo ang impormasyon na hindi mo pinahintulutan.

Sumasang-ayon akong tumanggap ng mga text message o push notification sa mobile app tungkol sa mga potensyal na masamang epekto ng bakuna.

* Kung mag-opt out ka sa anumang mga mensahe o notification, hindi makakarating sa iyo ang impormasyon na hindi mo pinahintulutan.

Checklist sa Pagsusuri Bago Bakunahan	Kumpirmasyon mula sa Pasyente ☒
---------------------------------------	---

1. Nakatanggap ka na ba ng anumang bakuna sa loob ng nakaraang buwan? Kung oo, espesipikong sabihin ang kasaysayan ng pagbabakuna sa iyo. ()	☐ Oo ☐ Hindi
2. Nakaranas ka na ba ng anumang masamang epekto pagkatapos ng pagbabakuna at kinailangan ng medikal na atensyon? Kung oo, espesipikong sabihin masamang epekto at ang bakunang natanggap mo. ()	☐ Oo ☐ Hindi
3. Masama ba ang pakiramdam mo ngayon? Kung oo, ilarawan ang mga sintomas mo. ()	☐ Oo ☐ Hindi
4. (Para sa mga babae lang) Buntis ka ba o malamang na magbuntis sa susunod na buwan?	☐ Oo ☐ Hindi
5. Nagkaroon ka na ba ng mga pantal o sintomas ng allergy (hal., pantal, anaphylactic shock, kinakapos ng hininga, nahimatay, namaga ang labi/bibig, atbp.) dahil sa gamot, pagkain (hal., itlog) o bakuna?	☐ Oo ☐ Hindi
6. Mayroon ka bang kanser, leukemia, o sakit sa immune system? Kung oo, espesipikong sabihin ito. ()	☐ Oo ☐ Hindi
7. Tumanggap ka ba ng steroid, chemotherapy, o radiation therapy sa nakalipas na 3 buwan?	☐ Oo ☐ Hindi
8. Tumanggap ka ba ng pagsasalin ng dugo o ng immunoglobulin sa nakaraang taon?	☐ Oo ☐ Hindi
9. (Tungkol sa COVID-19) Nakaranas ka ba ng sakit sa pamumuo ng dugo o umiinom ng anticoagulant na gamot? Kung oo, pakibigay ang pangalan ng kondisyon o uri ng gamot. ()	☐ Oo ☐ Hindi
10. Mayroon ka bang kasaysayan ng seizure o iba pang cranial nerve disorder (hal., Guillain-Barré syndrome)?	☐ Oo ☐ Hindi
11. Na-diagnose ka na ba o ginamot para sa anumang iba pang congenital na sakit, hika, sakit sa бага, sakit sa puso, sakit sa bato, sakit sa atay, sakit sa endocrine (hal., diabetes), at/o mga sakit sa dugo (maliban sa sakit sa pamumuo ng dugo)? Kung oo, espesipikong sabihin ito. ()	☐ Oo ☐ Hindi

Sa pamamagitan nito, kinukumpirma ko na sinabi na sa akin ang aking resulta ng pagsusuri at ng mga potensyal na masamang epekto kasunod ng pagbabakuna, at sa pamamagitan nito ay sumasang-ayon na tumanggap ng (mga) pagbabakuna.

Pangalan ng Pasyente o Magulang/Legal na Tagapag-alaga: (Pirma)

Kaugnayan sa Pasyente

* Numero ng Reistro ng Dayuhan ng legal na tagapag-alaga (para sa mga bagong-silang na sanggol bago ang pagpaparehistro) (yyyy) (mm) (dd)

Resulta ng Screening Bago ang Pagpapabakuna (Sasagutan ng Doktor)	Check ☒
Temperatura ng Katawan : °C Naipaliwanag na sa pasyente ang maaaring epekto ng pagpapabakuna.	☐
Naipaliwanag na sa pasyente na kailangan nilang manatili sa ospital sa loob ng 20~30 minuto matapos ang pagpapabakuna para matiyak kung may side effects ba ang bakuna.	☐
Resulta ng screening :	
Base sa nakaraang medikal na kondisyon ng pasyente at resulta ng pisikal na eksaminasyon, maaaring makatanggap ng bakuna ng pasyente. Pangalan ng doktor : (Lagda)	

