



# កិច្ចព្រមព្រៀងអនុញ្ញាតសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19 ប្រភេទ Pfizer-BioNTech សម្រាប់បុគ្គលដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ

## 1 ព័ត៌មានអំពីកុមារ (សូមសរសេរជាអក្សរពុម្ព)៖

ឈ្មោះកូន (នាមត្រកូល/Last, ឈ្មោះ/First, ឈ្មោះកណ្តាល/Middle) ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (ខែ mm/ថ្ងៃ dd/ឆ្នាំ yyyy)

អាសយដ្ឋាន (ផ្ទះ និងផ្លូវ) ទីក្រុង/City រដ្ឋ/State លេខកូដតំបន់/Zip

លេខទូរស័ព្ទ

## 2 ព័ត៌មានអំពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍របស់ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19 ប្រភេទ Pfizer

ថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer ត្រូវបានអនុម័ត (អនុញ្ញាត) ឱ្យប្រើប្រាស់ដោយរដ្ឋបាលចំណីអាហារនិងឱសថ (FDA) ដើម្បីបង្ការជំងឺ COVID-19 ចំពោះមនុស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 16 ឆ្នាំឡើងទៅ។ ថ្នាំបង្ការនេះត្រូវបានផ្តល់សិទ្ធិដោយ FDA សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ជាបន្ទាន់ចំពោះមនុស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 5 ដល់ 15 ឆ្នាំ។ ដើម្បីស្វែងយល់បន្ថែមអំពីហានិភ័យ អត្ថប្រយោជន៍ និងផលប៉ះពាល់នៃថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer សូមអាន [តារាងព័ត៌មានការពិគមន៍សម្រាប់អ្នកទទួលថ្នាំបង្ការ និងអ្នកផ្តល់ការថែទាំ](#) សម្រាប់មនុស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 5 ដល់ 11 ឆ្នាំ ឬចាប់ពីអាយុ 12 ឆ្នាំឡើងទៅ។

## 3 កិច្ចព្រមព្រៀងអនុញ្ញាត

ខ្ញុំបានអាន និងយល់ដឹងព័ត៌មានអំពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍នៃថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer នៅក្នុងផ្នែកទី 2 ខាងលើ។ ខ្ញុំយល់ស្រប ដូចតទៅ៖

- ខ្ញុំជាឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់កុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើ និងមានសិទ្ធិអំណាចស្របច្បាប់ក្នុងការយល់ព្រមឱ្យកាត់/ពួកគេ ទទួលបានថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថា ប្រសិនបើកុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើ មានអាយុចន្លោះពី 5 ទៅ 15 ឆ្នាំ តម្រូវឱ្យមនុស្សពេញវ័យដែលមានទំនួលខុសត្រូវ មានវត្តមាននៅពេលពួកគេទទួលបានការចាក់ថ្នាំបង្ការនេះ។ ប្រសិនបើឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់មិនអាចអមដំណើរកូននេះបានទេ ខ្ញុំយល់ព្រមផ្តល់សិទ្ធិទៅឱ្យមនុស្សពេញវ័យដែលមានទំនួលខុសត្រូវដែលមានឈ្មោះដូចខាងក្រោម អមដំណើរពួកគេ។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថា ប្រសិនបើកុមារដែលមានឈ្មោះខាងលើ មានអាយុ 16 ឬ 17 ឆ្នាំ មានការណែនាំឱ្យមានវត្តមានឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬមនុស្សពេញវ័យដែលមានទំនួលខុសត្រូវ នៅពេលកុមារនេះទទួលបានថ្នាំបង្ការ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា តាមរយៈកិច្ចព្រមព្រៀងអនុញ្ញាតរបស់ខ្ញុំខាងក្រោម កុមារនេះនឹងទទួលបានថ្នាំបង្ការប្រភេទ Pfizer ទោះបីជាខ្ញុំមានវត្តមានឬអត់នោះឡើយ។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថា តាមតម្រូវការចាំបាច់ដែលទាមទារដោយច្បាប់រដ្ឋ (យោងតាមច្បាប់សុខភាព និងសុវត្ថិភាព § 120440) ការចាក់ថ្នាំបង្ការទាំងអស់នឹងត្រូវរាយការណ៍ទៅកាន់ [ផ្នែកចុះបញ្ជីនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការនៃរដ្ឋកាលីហ្វ័រញ៉ា \(California Immunization Registry\)](#) ដែលហៅកាត់ថា CAIR2។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ព័ត៌មាននៅក្នុងកំណត់ត្រា CAIR2 របស់កុមារ នឹងត្រូវបានចែករំលែកជាមួយមន្ទីរសុខាភិបាលមូលដ្ឋាន និងនាយកដ្ឋានសុខភាពសាធារណៈរបស់រដ្ឋ។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវចាត់ទុកជាព័ត៌មានសម្ងាត់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងត្រូវប្រើប្រាស់ដើម្បីចែករំលែកជាមួយគ្នាទៅវិញទៅមក ឬស្របតាមច្បាប់ដែលបានអនុញ្ញាតតែប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំអាចបដិសេធមិនអនុញ្ញាតឱ្យមានការចែករំលែកព័ត៌មានបន្ត ហើយអាចស្នើឱ្យកំណត់ត្រា CAIR2 នេះបិទការចែកចាយតែម្តងដោយបញ្ជូនសំណុំបែបបទ [សំណើដើម្បីបិទការចែកចាយកំណត់ត្រា CAIR របស់ខ្ញុំ](#)។
- ខ្ញុំយល់ដឹងថា តាមរយៈការចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនេះ ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យខោនធី Los Angeles និងដៃគូចាក់ថ្នាំបង្ការដែលមានចំណែកទាំងឡាយ ទាក់ទងមកខ្ញុំពាក់ព័ន្ធនឹងការរំលឹកនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការ និងការទទួលបានកំណត់ត្រាចាក់ថ្នាំបង្ការបែបអេឡិចត្រូនិចសម្រាប់កុមារនេះ។



**កិច្ចព្រមព្រៀងអនុញ្ញាតសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19  
ប្រភេទ Pfizer-BioNTech  
សម្រាប់បុគ្គលដែលមានអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ**

6. ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំនឹងមិនចាំបាច់ចំណាយទាំងលើថ្នាំបង្ការជំងឺ ឬថ្លៃសេវាកម្មចាក់វ៉ាក់សាំងទេ។ ប្រសិនបើខ្ញុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព ខ្ញុំយល់ដឹងថា ក្រុមហ៊ុនធានារ៉ាប់រងរបស់ខ្ញុំអាចត្រូវទទួលបានវិក័យបត្រសម្រាប់ថ្លៃចំណាយនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺនេះ។

**ខ្ញុំផ្តល់ការអនុញ្ញាតឱ្យកុមារដែលមានឈ្មោះនៅខាងលើនៃសំណុំបែបបទនេះ ទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការជំងឺ COVID-19 ប្រភេទ Pfizer-BioNTech ហើយបានពិនិត្យឡើងវិញ និងយល់ព្រមជាមួយព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងសំណុំបែបបទនេះ។**

ឈ្មោះឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ (នាមក្រកូល/Last, ឈ្មោះ/First, ឈ្មោះកណ្តាល/Middle)

ហត្ថលេខា

កាលបរិច្ឆេទ

អាសយដ្ឋាន ប្រសិនបើខុសគ្នាពីអាសយដ្ឋានខាងលើ

លេខទូរស័ព្ទ (លេខទូរស័ព្ទចល័តដែលពេញចិត្តទទួលការទំនាក់ទំនង)

ទំនាក់ទំនងជាមួយកុមារ (ត្រូវជាអ្វីនឹងកុមារ)

សម្រាប់តែកុមារដែលមានអាយុចាប់ពី 5 ដល់ 15 ឆ្នាំដែលនឹងមិនត្រូវបានអមដំណើរដោយឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់របស់ពួកគេតែប៉ុណ្ណោះ៖

\_\_\_\_\_

ឈ្មោះមនុស្សពេញវ័យដែលមានទំនួលខុសត្រូវ ដែលខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យអមដំណើរជាមួយកុមារនេះ

ខ្ញុំជាអនីតិជនដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់ឬមានសិទ្ធិគ្រប់គ្រាន់ ដែលអាចទទួលខុសត្រូវដោយខ្លួនឯងបាន ឬបានរៀបការហើយ ឬបានរៀបការកាលពីមុន។  
(ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសដោយជីកប្រអប់នេះ អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបញ្ជាក់អំពីបញ្ហានេះនៅពេលណាត់ជួបសម្រាប់ការចាក់ថ្នាំបង្ការរបស់អ្នក។)

\*ករណីលើកលែង៖ ប្រសិនបើអនីតិជននេះកំពុងទទួលបានថ្នាំបង្ការនៅសាលារៀន កិច្ចព្រមព្រៀងអនុញ្ញាតគឺត្រូវជាចាំបាច់។ ទោះបីជាយ៉ាងណាក៏ដោយ សេចក្តីណែនាំរបស់សាលារៀនត្រូវតែត្រូវបានអនុវត្តតាមការ តើត្រូវឱ្យឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬមនុស្សពេញវ័យដែលបានបញ្ជាក់ឈ្មោះនេះមានវត្តមាន ដែរឬទេ។

