

Reviewed by: _____ Staff Signature	Date: _____
Is there an accompanying signed Certificate of Exemption on file? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No	



DOH 348-013
Rev: 10/15/08
Cambodian

លិខិតបញ្ជាក់នៃស្ថានភាពចាក់ថ្នាំការពាររោគ (CIS)

ឈ្មោះនាមត្រកូលក្មេង:	ឈ្មោះក្មេង:	អក្សរដេមឈ្មោះកណ្តាល:	អាសយដ្ឋានក្មេង:
ខេត្តកណ្តាលក្មេង:	ភេទក្មេង:		
ឈ្មោះឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល:			លេខទូរស័ព្ទពេលថ្ងៃរបស់ឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល:

បើបំពេញដោយដៃ ចូរសរសេរឈ្មោះថ្នាំបង្ការរោគនៅក្នុងជួរខាងឆ្វេងនៃតារាង “ជួស” និងខែចាក់ថ្នាំបង្ការរោគដែលទទួលនៅក្នុងជួរ “កាលបរិច្ឆេទ” ។ ជួរអាយុអាចចុះតាមជំរើស
 ◆ ដែលត្រូវសរសេរសំណុំនិងកន្លែងមើលថែក្មេង/សាលាមតេយ្យដ្ឋាន • ដែលត្រូវសរសេរកន្លែងមើលថែក្មេង/សាលាមតេយ្យដ្ឋានប៉ុណ្ណោះ

ថ្នាំបង្ការរោគ	ជួស	ខែច្រើន	អាយុ	ថ្នាំបង្ការរោគ	ជួស	ខែច្រើន	អាយុ	ថ្នាំបង្ការរោគ	ជួស	ខែច្រើន	អាយុ
◆ រោគរលាកថ្លើមជំពូក B (Hep B)				● រោគរលាកសួត (PCV, PPV)				រោគរលាកថ្លើមជំពូក A (Hep A)			
	1				1				1		
	2				2				2		
	3				3						
					4						
រលាកថ្លើមជំពូក B (Hep B) កណ្តាលពេលផ្សេងសរុបយុវជន				◆ រោគសសៃប្រសាទ (IPV, OPV)				រលាកស្រាមខួរ (MCV4, MPSV4)			
	1				1				1		
	2				2						
រាគមូល					3			កន្ទួលក្រហមនៅក្រោមត្បូង (HPV)			
	1				4				1		
	2			គ្រុន (ពេលថ្ងៃបង្កើត)					2		
	3								3		
◆ ខាន់ស្តាក, តេតាណុស, ក្រកមាត់ (DTaP, DTP, DT)				◆ កញ្ជើល, សាឡាទែន, ស្លូប (MMR)				ផ្សេងៗ			
	1				1						
	2				2						
	3			◆ អុតជំ (អុតស្វាយ)							
	4										
	5				1						
◆ ខាន់ស្តាក, តេតាណុស, ក្រកមាត់ (Tdap, Td)					2						
	1			◆ ផ្តាសសាយជំពូក b (Hib)							
	2				1						
					2						
					3						
					4						

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថាព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ទីនេះគឺត្រឹមត្រូវ និងអាចជឿជាក់បាន។

ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយ/អ្នកអាណាព្យាបាល ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ

▼ ការបញ្ជាក់នៃប្រវត្តិជំងឺអុតម្យ៉ាង ▼	
<input type="checkbox"/> អ្នកផ្តល់ការមើលថែសុខភាព (HCP) បានបញ្ជាក់	<input type="checkbox"/> កំណត់ហេតុចុះហត្ថលេខាពី HCP ភ្ជាប់មកជាមួយ <input type="checkbox"/> ហត្ថលេខា HCP នៅទីនេះ: ▶
<input type="checkbox"/> HCP បានបញ្ជាក់ការចុះឈ្មោះ: ▶	មិនត្រូវ HCP ចុះហត្ថលេខាបើប្រអប់ខាងឆ្វេងបានឆ្លង
<input type="checkbox"/> របាយការណ៍នៃឪពុកម្តាយ: ▶	យល់ព្រមតាមថ្នាក់ខ្លះប៉ុណ្ណោះ ។ សរសេរថ្ងៃអាយុក្មេងដែលមានជំងឺ: ▶
ចុះអក្សរកាត់ដោយមានការយល់ព្រមឪពុកម្តាយ តែ ឬឪពុកម្តាយចុះហត្ថលេខា បាន: អក្សរកាត់របស់បុគ្គលិក ដោយបញ្ជាក់យល់ព្រមឪពុកម្តាយ: _____	
ហត្ថលេខាឪពុកម្តាយបានបញ្ជាក់ការយល់ព្រម: _____	

ចូរមើលខាងខ្ទង់ទំព័រនេះសំរាប់ឯកសារចាក់ថ្នាំការពាររោគ, យោងតាមការណែនាំឈ្មោះយើងហៅថ្នាំបង្ការរោគ, និងបញ្ជីអក្សរកាត់ឈ្មោះថ្នាំបង្ការរោគ

ឯកសារនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគតាមតេស្តឈាម (កំរិតកំលាំងថ្នាំ)

ខ្ញុំសូមបញ្ជាក់ថា ក្មេងដែលមានឈ្មោះនៅលើក្រដាសពាក្យនេះ មានភស្តុតាងរបស់មន្ទីរពិសោធន៍នៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគដើម្បី (សូមគូសយកទាំងអស់ណាដែលត្រូវ):

- ខាន់ស្លាក់ រលាកច្រើមជំពូក A រលាកច្រើមជំពូក B ផ្តាសសាយជំពូក b (Hib) កញ្ជិល សាឡូទែន សសៃប្រសាទ ស្លូច តេតាណូស កញ្ជិលម្យ៉ាង
 ផ្សេងៗ(បញ្ជីឈ្មោះ): របាយការណ៍មន្ទីរពិសោធន៍(ទាំងអស់)ភ្ជាប់មកជាមួយ (ត្រូវ ឲ្យមាន)

X
 ចូរសរសេរឈ្មោះអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ (MD, DO, ND, PA, ARNP)

X
 ហត្ថលេខារបស់អ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាពដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ (ត្រូវ) ខែ ថ្ងៃ ឆ្នាំ (ត្រូវ)

ឈ្មោះថ្នាំបង្ការរោគតាមយោហ៍ *	
អាចចុះក្រោមនិងទៅមុខ - ឈ្មោះយីហោគឺសរសេរតាមលំដាប់អក្សរ	
ឈ្មោះយីហោថ្នាំ	ថ្នាំបង្ការរោគ
Acel-Imune	DTaP
ActHIB	Hib
Adacel	Tdap
Boostrix	Tdap
Certiva	HPV
Comvax	Hib + Hep B
Daptacel	DTaP
Decavac	Td
Engerix-B	Hep B
Fluarix	គ្រុនជំងឺ
FluMist	គ្រុនជំងឺ
Fluvirin	គ្រុនជំងឺ
Fluzone	គ្រុនជំងឺ
Gardasil	HPV
Havrix	Hep A
HibTITER	Hib
HyperTET	TIG
HyperHEP B	HBIG
Ipol	IPV
Infanrix	DTaP
Kinrix	DTaP + IPV
Menactra	MCV4

ថ្នាំបង្ការរោគជាអក្សរកាត់ *	
អាចចុះក្រោម - អក្សរកាត់គឺសរសេរតាមលំដាប់អក្សរ	
អក្សរកាត់	ឈ្មោះថ្នាំបង្ការរោគសរសេរពេញ
DT	ខាន់ស្លាក់, តេតាណូស
DTaP	ខាន់ស្លាក់, តេតាណូស, ក្អកមាន់ដែលគ្មានកោសិកា
DTP	ខាន់ស្លាក់, តេតាណូស, ក្អកមាន់
Flu (TIV or LAIV)	គ្រុនពេលផ្តាសាយ
HBIG	ស្វ័យការពាររោគរលាកច្រើមជំពូក B
Hep A (HAV)	រោគរលាកច្រើមជំពូក A
Hep B (HBV)	រោគរលាកច្រើមជំពូក B
Hib	រោគផ្តាសសាយជំពូក b
HPV	កន្ទួលក្រហមនៅក្រោមតូច
IPV	ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគសសៃប្រសាទគ្មានប្រសិទ្ធភាព
MCV4	ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគទាក់ទងនឹងខួរក្នុងខ្នង
MPSV4	ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគជាតិស្តុនិងខួរក្នុងខ្នង
MMR	កញ្ជិល, សាឡូទែន, ស្លូច
MMRV	កញ្ជិល, សាឡូទែន, ស្លូច, អុតជំងឺ
OPV	ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគសសៃប្រសាទផ្នែកមាត់
PCV or PCV7	ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគទាក់ទងនឹងរលាកសួត
PPV23	ការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគជាតិស្តុនិងរលាកសួត
Rota (RV1 or RV5)	រោគរាគមូលដល់ក្មេង
Td	តេតាណូស, ខាន់ស្លាក់
Tdap	តេតាណូស, ខាន់ស្លាក់, ក្អកមាន់
TIG	ស្វ័យការពាររោគតេតាណូស
VAR or VZV	អុតជំងឺ

* បញ្ជីឈ្មោះនេះប្រហែលមិនបានទូលំទូលាយទេ; ចូរមើលវិបស <http://www.doh.wa.gov/cfh/immunize/forms/default.htm> សំរាប់បញ្ជីឈ្មោះថ្នាំ DOH 348-013 Revised: 10/15/08 Cambodian