

| | | | | |
|---|-------------|--------|----------|--|
| <p>ក្រដាសត្រួតពិនិត្យការបញ្ជាក់និងយល់ព្រមមុនពេល ទទួលថ្នាំ BCG ដើម្បីបង្ការជំងឺរបេង Bacille Calmette-Guerin (BCG) pre vaccination checklist and consent</p> | SURNAME | D.O.B. | | |
| | FIRST NAMES | AGE | SEX | |
| | ADDRESS | | | |
| | TELEPHONE | | POSTCODE | |
| | M.R.N. | | | |

យើងខ្ញុំត្រូវការព័ត៌មានខាងក្រោមនេះ ដើម្បីវាយតម្លៃអំពីភាពមាំមួនសុខភាពរបស់លោកអ្នក ដើម្បីទទួលថ្នាំ BCG (Bacille Calmette Guerin (BCG) vaccination) សំរាប់បង្ការជំងឺរបេង។

ស្ថានភាពសុខភាពរបស់លោកអ្នកខាងក្រោមនេះ មិនមានន័យជាចាំបាច់ថា រូបលោកអ្នក ឬកូនលោកអ្នកមិនអាចទទួល ថ្នាំបង្ការនៅក្នុងថ្ងៃនេះ នោះទេ។ ប៉ុន្តែ សូមលោកអ្នកជំរាបគិលានុបដ្ឋាក បើសិនជាជនដែលត្រូវទទួលថ្នាំបង្ការ:

- មិនស្រួលខ្លួនថ្ងៃនេះ (ឧទាហរណ៍កំដៅខ្លួន 38.5°C ឬលើសពីនេះ)។
- មានជំងឺដែលធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធការពារខ្លួនចុះខ្សោយ (ឧទាហរណ៍ មហារីកឈាមស, មហារីក, ជំងឺអេដស៍ ឬមហារីកពាក់ព័ន្ធខ្លួនឆ្អឹង ឬប្រព័ន្ធក្រពេញ); ឬក៏កំពុងតែទទួលការព្យាបាល ដែលធ្វើឱ្យប្រព័ន្ធការពារខ្លួន ចុះខ្សោយ (ឧទាហរណ៍ ថ្នាំស្ត្រីរ៉េយ (steroid) មានដូចជា ខ័រទីសុន (cortisone) និងប្រេដនីសុន (prednisone), ការព្យាបាលតាមបែបគីមីសាស្ត្រ ឬក៏ការព្យាបាលដោយប្រើវិទ្យុសកម្ម);
- ធ្លាប់មានប្រតិកម្មណាមួយយ៉ាងខ្លាំងក្រោយពីការប្រើថ្នាំបង្ការណាមួយ;
- មានទំនាស់ធ្ងន់ធ្ងរទាំងឡាយ;
- បានទទួលថ្នាំបង្ការមួយផ្សេងទៀត នៅក្នុងរវាងពេលមួយខែកន្លងមកនេះ;
- មានការប៉ះពាល់ទៅនឹងករណីជំងឺរបេង (TB) ណាមួយឬក៏ត្រូវបានគេតាមឃ្នាំពិនិត្យ ក្នុងលក្ខណៈជាអ្នកដែល មានការប៉ះពាល់នឹងករណីជំងឺរបេងណាមួយ;
- បានទទួលថ្នាំ BCG ដើម្បីបង្ការជំងឺរបេង កាលពីគ្រានិយមកាល។

សូមកត់ចំណាំ- ថ្នាំបង្ការ BCG មិនគប្បីប្រើចំពោះករណីដូចតទៅនេះ:

- បុគ្គលទាំងឡាយណា ដែលមានប្រតិកម្មរដ្ឋមានទៅនឹងការធ្វើតេស្តស៊េរ៉ូស៊ីតស្រាវជ្រាវមើលជំងឺរបេង ហើយ ប្រតិកម្មនោះ មានទំហំលើសពី៥មីលីម៉ែត្រ;
- អ្នកជំងឺមានផ្ទុកមេរោគអេដស៍ ហើយនិងអ្នកដែលមានប្រព័ន្ធការពារខ្លួនមានការសំរេចស្រួល (ដោយសារ លទ្ធភាពនៃការឆ្លងមេរោគដែលថ្នាំ BCG អាចចែកចាយ នៅក្នុងខ្លួនបុគ្គលទាំងនោះ);
- បណ្តាបុគ្គលដែលបិតនៅក្នុងលទ្ធភាពខ្ពស់នៃគ្រោះថ្នាក់ឆ្លងមេរោគអេដស៍ ដោយសារគេមិនដឹងអំពីស្ថានភាព អង្គបដិបក្ខមេរោគអេដស៍;
- បុគ្គលទាំងឡាយណាដែលមានបណ្តាមេរោគស៊េរ៉ូស៊ីតស្រាវជ្រាវពេញខ្លួន;
- ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ - គ្មានភស្តុតាងបង្ហាញឱ្យឃើញថា ថ្នាំ BCG បង្កឱ្យមានទុក្ខទោសដល់ទារកក្នុងផ្ទៃឡើយ ប៉ុន្តែ គ្មានការណែនាំឱ្យប្រើថ្នាំបង្ការមានផ្ទុកអង្គធាតុមេរោគ នៅពេលមានផ្ទៃពោះឡើយ; ហើយ
- បុគ្គលទាំងឡាយណាដែលធ្លាប់មានជំងឺរបេងពីគ្រាមុន។

លើសពីនេះទៅទៀត ជនទាំងឡាយណាដែលមានស្លាកស្នាមផ្លែសាច់លេចឡើងជាក់ច្បាស់ (ស្លាកស្នាមជាលិកាជាក់ច្បាស់) ត្រូវគេប្រាប់ឲ្យដឹងថា ក្រោយពីបានទទួលថ្នាំបង្ការ BCG ហើយ ជនភាគច្រើននឹងមានស្លាកស្នាមមួយហើយស្លាកស្នាមសាច់ផ្លែអាចកើតមានឡើងនៅកន្លែងដែលចាក់ថ្នាំបង្ការ BCG នេះ។

សូមជំរាបឲ្យគិលានុបដ្ឋាកបានដឹង បើសិនជាស្ថានភាពណាមួយ ក្នុងចំណោមស្ថានភាពខាងលើនេះ កើតមានឡើងចំពោះរូបលោកអ្នក ឬក៏កូនលោកអ្នក មុននឹងទទួលថ្នាំបង្ការ BCG ។ បើលោកអ្នកមានសំណួរអ្វីស្តីអំពីព័ត៌មាននេះ ឬក៏បញ្ហាអ្វីដទៃទៀត ពាក់ព័ន្ធនឹងថ្នាំបង្ការ BCG សូមសាកសួរគិលានុបដ្ឋាក មុនពេលទទួលថ្នាំនេះ។

គិលានុបដ្ឋាកនឹងសាកសួរលោកអ្នក ថាតើ:

- លោកអ្នកបានអាននិងយល់រួចរាល់ជ្រុងជ្រោយនៃក្រដាសបំពេញពាក្យនេះ និងក្រដាសព័ត៌មានស្តីអំពីថ្នាំបង្ការ BCG នេះឬទេ, ហើយថាតើ
- លោកអ្នកត្រូវការព័ត៌មានបន្ថែមឬទេ ដើម្បីសំរេចចិត្ត ថាតើគួរទទួលថ្នាំបង្ការ BCG នេះឬអត់។

ខ្ញុំបានទទួលព័ត៌មានអំពីលទ្ធភាពគ្រោះថ្នាក់និងផលប្រយោជន៍ទាំងឡាយ ស្តីអំពីថ្នាំបង្ការ BCG ហើយហើយខ្ញុំក៏មានឱកាសធ្វើការពិភាក្សាបញ្ហាទាំងនេះ ជាមួយនឹងគិលានុបដ្ឋាកមន្ទីរពិនិត្យស្តុតផងដែរ។ ព័ត៌មានដែលខ្ញុំបានផ្តល់ជូនគឺជាការពិត ទៅតាមការដឹងយល់របស់ខ្ញុំ។

ខ្ញុំយល់ព្រមទទួលថ្នាំបង្ការ BCG សំរាប់:

I consent to the administration of the BCG vaccine for:

| | | |
|-----------------------------------|---------------------|-----------------|
| សូមគូសចោលនូវចម្លើយមិនត្រឹមត្រូវ: | ខ្លួនខ្ញុំ / | កូនខ្ញុំ |
| Cross out the incorrect response: | MYSELF / | MY CHILD |

| | |
|------------------|--------------|
| ហត្ថលេខា: | ថ្ងៃខែឆ្នាំ: |
| Signature: _____ | Date: _____ |

| | |
|-------------------------------|---------------------|
| សូមសរសេរឈ្មោះឲ្យបានច្បាស់ល្អ: | ទំនាក់ទំនង: |
| Print Name: _____ | Relationship: _____ |

គិលានុបដ្ឋាកមន្ទីរពិនិត្យស្តុត/អ្នកផ្តល់ថ្នាំ:

Chest Clinic Nurse / Immuniser:

| | |
|-------------------------------|------------------|
| សូមសរសេរឈ្មោះឲ្យបានច្បាស់ល្អ: | ហត្ថលេខា: |
| Print Name: _____ | Signature: _____ |

មតិផ្សេងៗ (Comments): _____

