NSW GOVERNMENT | Health

LAO
[DOH-7615]

ໃບລາຍການກວດສອບ ແລະ ຄຳຍິນຍອມ ກ່ອນສັກຢາ ບາຊີລ ກາລແມຕ-ເກຣີນ (BCG) **Bacille Calmette-Guerin (BCG) pre vaccination checklist and consent**	SURNAME	D.O.B.	
	FIRST NAMES	AGE	SEX
	ADDRESS		
		POSTCODE	
	TELEPHONE	M.R.N.	

ພວກເຮົາຕ້ອງການຣາຍລະອຽດຂ້າງລຸ່ມນີ້ເພື່ອນຳມາກວດເບິ່ງຄວາມແຂງແຮງຂອງຮ່າງກາຍຂອງທ່ານ ກ່ອນສັກຢາ ບາຊີລ ກາລແມຕ ເກຣີນ (BCG) (Bacille Calmette Guerin (BCG) vaccination).

ຖ້າຕົກຢູ່ໃນສະພາບຕ່າງໆທີ່ຂຽນໄວ້ຂ້າງລຸ່ມນີ້ບໍ່ໄດ້ໝາຍຄວາມວ່າຕົວທ່ານຫຼືລູກຂອງທ່ານບໍ່ສາມາດສັກຢາໄດ້ໃນມື້ນີ້, **ແຕ່ວ່າ ຖ້າວ່າຄົນຜູ້ນັ້ນຈະໄດ້ສັກຢາ ກະຣຸນາບອກໃຫ້ພຍາບານວ່າ:**

- ມື້ນີ້ຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍ (ຕົວຢ່າງ ມີໄຂ້ເກີນ 38.5^{0}C)
- ມີພຍາດທີ່ເຮັດໃຫ້ລະບົບພູມຕ້ານທານອ່ອນແຮງລົງ (ເຊັ່ນໂຣກມະເຮັງໃນເສັ້ນເລືອດ, ເປັນໂຣກມະເຮັງ, ໂຣກ HIV/ເອດສ໌ ຫຼື ເນື້ອງອກຮ້າຍແຮງ ຊຶ່ງກ່ຽວກັບໄຂຂໍ້ໃນກະດູກຫຼືລະບົບຕ່ອມຕ່າງໆ); ຫຼື ກຳລັງຮັບການປິ່ນປົວທີ່ເຮັດໃຫ້ລະບົບພູມຕ້ານທານຕໍ່າ (ຕົວຢ່າງ ຢາປະເພດຊູກຳລັງສເຕຣອຍດ໌ ຕົວຢ່າງໂຄຕີໂຊນ [cortisone] ແລະ ປເຣດນີໂຊນ [prednisone], ເຄມີບຳບັດ, ແສງຣັງສີບຳບັດ);
- ເຄີຍເກີດປະຕິກິຣິຍາຢ່າງຮ້າຍແຮງຫຼັງຈາກສັກຢາກັນໂຣກຢ່າງໃດຢ່າງນຶ່ງ;
- ມີອາການແພ້ແບບໃດແບບນຶ່ງຢ່າງຮຸນແຮງ;
- ໄດ້ສັກຢາກັນໂຣກຊນິດອື່ນພາຍໃນເວລານຶ່ງເດືອນທີ່ຜ່ານມາ;
- ໄດ້ມີການພົວພັນກັບຄົນເປັນວັນນະໂຣກ (TB) ຫຼື ກຳລັງຢູ່ໃນລະຫວ່າງຖືກຕິດຕາມເບິ່ງອາການເນື່ອງຈາກເປັນຜູ້ໃກ້ຊິດກັບຄົນເປັນ TB.
- ເຄີຍໄດ້ສັກຢາ BCG ເພື່ອປ້ອງກັນ TB ມາກ່ອນ.

ໂປຼດສັງເກດ - ບໍ່ຂໍແນະນຳໃຫ້ສັກຢາ BCG ໃນກໍຣະນີດັ່ງກ່າວຂ້າງລຸ່ມນີ້:

- ບຸກຄົນໃດທີ່ເຄີຍໄດ້ກວດຫາວັນນະໂຣກທາງຜິວໜັງກ່ອນແລະຜົນການກວດອອກປະຕິກິຣິຍາທາງບວກ, ໝາຍຄວາມວ່າ ປະຕິກິຣິຍາ ຊຶ່ງວັດແທກໄດ້ $\geq$ 5mm;
- ຄົນເຈັບທີ່ມີເຊື້ອ HIV ແລະ ຜູ້ທີ່ພູມຕ້ານທານອ່ອນ (ຍ້ອນວ່າຈະເປັນການສ່ຽງຕໍ່ການແຜ່ເຊື້ອ BCG ເຂົ້າໄປໃສ່ບຸກຄົນຜູ້ນັ້ນ);
- ບຸກຄົນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງຕໍ່ການຕິດເຊື້ອ HIV ເນື່ອງຈາກວ່າ ສະພາບຂອງ ພູມຕ້ານທານຮ່າງກາຍຈາກ HIV ຍັງບໍ່ທັນຮູ້ແນ່ຊັດ;
- ບຸກຄົນທີ່ເປັນໂຣກຜິວໜັງຢ່າງແຜ່ຫຼາຍ;

- ແມ່ຍິງຖືພາ - ຍັງບໍ່ເຄີຍມີຫຼັກຖານວ່າ BCG ເປັນພັຍຕໍ່ເດັກໃນທ້ອງ ແຕ່ວ່າການໃຊ້ຢາທີ່ມີເຊື້ອໂຣກທີ່ມີຊີວິດກັບຄົນຖືພານັ້ນເປັນສິ່ງທີ່ບໍ່ເໝາະສົມ; ແລະ
- ບຸກຄົນທີ່ເຄີຍເປັນ TB ມາກ່ອນ.

ນອກຈາກນີ້ ຜູ້ທີ່ເປັນແປ້ວນູນງ່າຍ (ເຍື່ອຜິວໜັງທີ່ນູນຂຶ້ນມາ) ຕ້ອງໄດ້ຮັບຮູ້ວ່າ ຫຼັງຈາກສັກຢາ BCG ແລ້ວ ຄົນສ່ວນຫຼາຍມັກຈະເປັນແປ້ວ, ແລະອາດຈະເປັນແປ້ວນູນຢູ່ບ່ອນຮອຍສັກຢາ BCG ກໍເປັນໄດ້.

ກະຣຸນາບອກພຍາບານ ຖ້າວ່າ ຕົວທ່ານເອງຫຼືລູກຂອງທ່ານ ຕົກຢູ່ໃນສະພາບຢ່າງໃດຢ່າງນຶ່ງທີ່ກ່າວມາຂ້າງເທິງ ກ່ອນສັກຢາ BCG, ຖ້າຫາກວ່າທ່ານມີຄໍາຖາມໃດໆກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນໃນເຈ້ຍນີ້ ຫຼື ເຣື່ອງອື່ນໆທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບການສັກຢາ BCG, ກະຣຸນາຖາມພຍາບານກ່ອນຈະສັກຢາ.

ພຍາບານຈະຖາມທ່ານວ່າ:

- ທ່ານໄດ້ອ່ານແລະເຂົ້າໃຈຟອມໃບນີ້ ແລະ ເຈ້ຍຂໍ້ມູນເຣື່ອງການສັກຢາ BCG, ແລະ
- ທ່ານຕ້ອງການຣາຍລະອຽດເພີ້ມເຕີມເພື່ອຈະຕັດສິນໃຈໄດ້ວ່າຈະສັກຢາ BCG ນີ້ຫຼືບໍ່.

ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮູ້ເຖິງການສ່ຽງແລະຜົນປໂຍດຕ່າງໆທີ່ຈະໄດ້ຮັບຈາກການສັກຢາ BCG ແລະ ໄດ້ມີໂອກາດ ທີ່ຈະປຶກສາເຣື່ອງເຫຼົ່ານີ້ ກັບພຍາບານ ທີ່ ຄລີນິກກວດໜ້າເອິກ. ຂໍ້ມູນຕ່າງໆທີ່ຂ້າພະເຈົ້າ ໃຫ້ໄປແມ່ນເປັນຄວາມຈິງທີ່ສຸດເທົ່າທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຮູ້.

ຂ້າພະເຈົ້າຍິນຍອມໃຫ້ດໍາເນີນການສັກຢາ BCG ສໍາລັບ:

I consent to the administration of the BCG vaccine for:

ໃຫ້ຂີດຂ້າຄໍາຕອບທີ່ບໍ່ຖືກຕ້ອງອອກ: **ຕົວຂ້າພະເຈົ້າເອງ / ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ**

Cross out the incorrect response: ***MYSELF / MY CHILD***

ລາຍເຊັນ:
*Signature:*________________________

ວັນທີ:
*Date:*________________________

ໃຫ້ຂຽນຊື່:
*Print Name:*________________________

ຄວາມສໍາພັນ:
*Relationship:*________________

ພຍາບານສູນກວດໜ້າເອິກ/ຜູ້ສັກຢາໃຫ້:

Chest Clinic Nurse / Immuniser:

ໃຫ້ຂຽນຊື່:
*Print Name:*________________________

ລາຍເຊັນ:
*Signature:*________________________

ຄໍາເຫັນ (Comments): ____

____

____

____