

အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကာကွယ်ဆေးထိုးရေးဆိုင်ရာ ညွှန်ပေါင်းအဖွဲ့ (IIC) စိစစ်ရေး မေးခွန်းလွှာ - မြန်မာဘာသာ

6919 East 10th Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

ကျောင်း - _____

ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံသူအတွက် အောက်ပါတို့ကို ဖြည့်ပေးပါ -

လူနာအမည် - ပထမ _____ အလယ် _____ နောက်ဆုံး _____

မွေးနေ့ - _____ / _____ / _____ အသက် - _____ လိင် - မ ကျား မျိုးနွယ် - ဟစ်စပန်းနစ်/လက်တင်သား ဟစ်စပန်းနစ်/လက်တင်သား မဟုတ်

လူမျိုး - (သက်ဆိုင်သည်များ အားလုံးကို ခြစ်ပါ) အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း/အလာစကာ ဒေသခံ အာရှသား လူမည်း ဟာဝိုင်းအီ ဒေသခံ/ပစိဖိတ် ကျွန်းသား လူဖြူ မသိပါ

ဖုန်းနံပါတ် (____) _____ - အီးမေးလ်လိပ်စာ - _____

စာပို့ရန်လိပ်စာ - _____ မြို့ - _____ ပြည်နယ် - _____ စာပို့သင်္ကေတ - _____

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ အမည်အပြည့်အစုံ - _____

အာမခံ အခြေအနေ (အကွက်တွင်ခြစ်ပါ)

အာမခံမရှိ

မက်ဒီကော့စ် (MEDICAID)

ကုမ္ပဏီ - _____ Medicaid နံပါတ် - _____ မသိပါ

သီးသန့် သို့မဟုတ် စီးပွားဖြစ် အာမခံ (MEDICAID မဟုတ်)

အာမခံ ကုမ္ပဏီ - _____ အာမခံ ပေါ်လစီအိုင်ဒီ - _____ အုပ်စုနံပါတ် _____ (သက်ဆိုင်မှုရှိလျှင်) -

ပေါ်လစီ ကိုင်ဆောင်သူအမည် - _____ ပေါ်လစီ ကိုင်ဆောင်သူ မွေးနေ့ - ____ / ____ / ____ ပေါ်လစီ ကိုင်ဆောင်သူနှင့် လူနာ တော်စပ်ပုံ _____

| ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံသူအတွက် မေးခွန်းများ - | မဟုတ် | ဟုတ် |
|--|--------------------------|--------------------------|
| ၁။ ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံမည့်သူသည် ယနေ့ ဖျားနေပါသလား။ ဟုတ်ပါက ဘာလက္ခဏာတွေ ရှိပါသလဲ။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ၂။ ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံမည့်သူတွင် ဆေးဝါး၊ အစားအစာ၊ ကာကွယ်ဆေးတွင် ပါဝင်သည့်အရာ သို့မဟုတ် သစ်စေးဖြူ (latex) နှင့် ဓာတ်မတည့်မှု တစ်ခုခု ရှိပါသလား။ ဓာတ်မတည့်မှုများကို ဖော်ပြပေးပါ။- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ၃။ ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံမည့်သူတွင် ယခင်က ကာကွယ်ဆေးတစ်ခုနှင့် ပြင်းထန်သော ဓာတ်မတည့်မှု ရှိဖူးပါသလား။ ဟုတ်ပါက ရှင်းပြပေးပါ။- | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ၄။ ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံမည့်သူတွင် Guillian-Barre ရောဂါ (GBS) ရှိဖူးပါသလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ၅။ ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံမည့်သူတွင် နှလုံးရောဂါ၊ အဆုတ်ရောဂါ၊ ပန်းနာရင်ကျပ်၊ ကျောက်ကပ်ရောဂါ၊ ဇီဝဖြစ်စဉ်ဆိုင်ရာ ရောဂါ (ဥပမာ ဆီးချို)၊ သွေးအားနည်းခြင်း သို့မဟုတ် အခြားသွေးရောဂါများဖြင့် ရေရှည်ကျန်းမာရေး ပြဿနာတစ်ခု ရှိပါသလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ၆။ ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံမည့်သူတွင် ကင်ဆာ၊ သွေးကင်ဆာ၊ အေအိုင်ဒီအက်စ် သို့မဟုတ် အခြားမည်သည့် ကိုယ်ခံအားစနစ် ပြဿနာမဆို ရှိပါသလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ၇။ ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံမည့်သူသည် ကော်တီဆို့နစ်၊ ပရက်ဒီနိုဆို့နစ်၊ အခြားစတီရိုဆို့ဒများ သို့မဟုတ် ကင်ဆာဆန့်ကျင်ဆေးများ သုံးစွဲပါသလား သို့မဟုတ် ကင်ဆာအတွက် ဓာတ်ကင်ကုသမှု ခံယူဖူးပါသလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ၈။ ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံမည့်သူတွင် တက်ခြင်း၊ ဦးနှောက် သို့မဟုတ် အခြား အာရုံကြောစနစ် ပြဿနာတစ်ခု ရှိပါသလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ၉။ ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံမည့်သူသည် ဆေးလိပ်သောက်ပါသလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ၁၀။ လွန်ခဲ့သောနှစ်အတွင်း ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံမည့်သူသည် သွေး သို့မဟုတ် သွေးပစ္စည်းများ သွင်းဖူးခြင်း သို့မဟုတ် ကိုယ်ခံအား (ဂမ်မာ) ဂလိုဗျူးလင်ဟုခေါ်သော ဆေးတစ်မျိုးကို သုံးဖူးပါသလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ၁၁။ အမျိုးသမီးများအတွက် - ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံမည့်သူတွင် ကိုယ်ဝန်ရှိနေပါသလား သို့မဟုတ် နောက်လအတွင်း ကိုယ်ဝန်ရရှိခြင်း ရှိပါသလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| ၁၂။ ကာကွယ်ဆေး အထိုးခံမည့်သူသည် လွန်ခဲ့သော ၄ ပတ်အတွင်း ကာကွယ်ဆေးတစ်ခုခုကို ထိုးခဲ့ပါသလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့၏ တစ်ကိုယ်ရေကျန်းမာရေး သတင်းအချက်အလက်ကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိစ္စရပ်များ ရည်ရွယ်ချက်ဖြင့် အသုံးပြုခြင်းနှင့် ဖွင့်ဟခြင်းအပြင် ပေးထားသော ဝန်ဆောင်မှုများအတွက် အထက်တွင်ဖော်ပြခဲ့သော အာမခံသည်မှ ငွေပေးချေမှုများအားလုံးကို VaxCare သို့ လွှဲပြောင်းပေးခြင်းကိုလည်း သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။

အကာအကွယ်ပေးထားသော ကျန်းမာရေး သတင်းအချက်အလက်အား အသုံးပြုခြင်းနှင့် ရပိုင်ခွင့်များ လွှဲပြောင်းပေးခြင်းအတွက် သဘောတူခွင့်ပြုချက် - ကျွန်ုပ်တို့၏ တစ်ကိုယ်ရေကျန်းမာရေး သတင်းအချက်အလက်များကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု ကိစ္စရပ်များအတွက် အသုံးပြုခြင်းနှင့် ဖွင့်ဟခြင်းအပြင် ဤတွင်ဖော်ပြထားသော ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ဆက်စပ်ပြီး အထက်တွင် ဖော်ပြထားသော အာမခံသည်မှ ငွေပေးချေမှုများ အားလုံးကို VaxCare ထံသို့ လွှဲပြောင်းပေးခြင်းနှင့် စပ်လျဉ်း၍ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ဆောင်ရွက်ချက်များ အသိပေးစာတစ်စောင်ကို လက်ခံရရှိကြောင်း ဤတွင် ကျွန်ုပ်တို့သဘောတူခွင့်ပြုကာ အသိအမှတ်ပြုပါသည်။ ကာကွယ်ဆေး ခွင့်ပြုချက် - ဤပုံစံတွင် ကျွန်ုပ်တို့လက်မှတ်ထိုးခြင်းက ကျွန်ုပ်တို့ သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့အား မှီခိုသူကို အောက်တွင် ဖော်ပြထားသော ကာကွယ်ဆေးအား VaxCare ကိုယ်စားလှယ်တစ်ဦးက ထိုးပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့မှတောင်းဆိုကြောင်း ညွှန်ပြပါသည်။ ဖြစ်ပေါ်လာသော မည်သည့် ဆေးအပေါ် တုံ့ပြန်မှုအတွက်မဆို ကျွန်ုပ်တို့သည် VaxCare၊ VaxCare စီးပွားဖက်၊ ဆေးထိုးခြင်းဆောင်ရွက်ပေးသူများအပေါ် မည်သည့်တာဝန်မျှ ရှိစေမည် မဟုတ်ပါ။ ဤဝန်ဆောင်မှုမှ ပေါ်ထွန်းလာသော သို့မဟုတ် နှင့်ဆက်စပ်၍ မည်သည့် တောင်းဆိုမှု သို့မဟုတ် ဆောင်ရွက်ချက်အတွက်မဆို တရားစွဲဆိုခွင့်ကို ဥပဒေတွင် အများဆုံး ခွင့်ပြုထားသည့်အတိုင်း ခြွင်းချက်မရှိနှင့် ယတိပြတ် စွန့်လွှတ်မည်ဖြစ်ကာ ယင်းသို့ မည်သည့်ရပိုင်ခွင့် တောင်းဆိုမှု သို့မဟုတ် ဆောင်ရွက်ချက်မဆိုကို အမေရိကန် ကြားဝင်စေ့စပ်ရေးအဖွဲ့ (American Arbitration Association) ၏ စီးပွားရေးအရ ကြားဝင်စေ့စပ်ရေး စည်းကမ်းများ (Commercial Arbitration Rules) နှင့်အညီ ကြားဝင်စေ့စပ်ပေးခြင်းဖြင့် တစ်ဦးချင်းအလိုက်သာ ဆုံးဖြတ်ရမည် ဖြစ်ပါသည်။

အခြားတစ်ဖက်တွင် လက်မှတ်ထိုးပေးပါ

အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း စုစည်းမှု (Indiana Immunization Coalition, IIC) စစ်ဆေးခြင်း မေးခွန်းလွှာ - အင်္ဂလိပ်

6919 East 10th Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

ကျွန်ုပ်ကဖြစ်စေ၊ VaxCare ကဖြစ်စေ အခြားသူများ သို့မဟုတ် အဖွဲ့များက ပြုလုပ်သော သို့မဟုတ် ယင်းတို့အပေါ် ပြုလုပ်သော ကြားဝင်စစ်ဆေးခြင်းမှ ရပိုင်ခွင့်များကို ပူးပေါင်းပါဝင်ခြင်း သို့မဟုတ် ပေါင်းစည်းခြင်း သို့မဟုတ် အစုတစ်ခု၏ ကိုယ်စားလှယ်အဖွဲ့ဝင်တစ်ဦးအဖြစ် သို့မဟုတ် သီးသန့် ရှေ့နေချုပ် လုပ်ပိုင်ခွင့်အဖြစ် မည်သည့်တောင်းဆိုမှုကိုမဆို ကြားဝင်စစ်ဆေးပေးခြင်း ပြုလုပ်ခွင့်မရှိပါ။ အလုပ်အကိုင်ကြောင့် ထိတွေ့မှုဖြစ်သော အခြေအနေတွင် လူနာနှင့် ဝန်ထမ်းများ ဘေးကင်းရေးအတွက် သွေးစစ်ဆေးရန် VaxCare တွင် လူနာထံမှ ခွင့်ပြုချက် ရှိပါသည်။ ကာကွယ်ဆေး သတင်းအချက်အလက် ထုတ်ပြန်ချက်(များ)မှ သတင်းအချက်အလက်ကို ကျွန်ုပ်ဖတ်ရှုထားပြီး သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်အား ရှင်းပြထားပြီးဖြစ်ကာ (မလိုလားအပ်သော တုံ့ပြန်မှုများ အပါအဝင်) ကာကွယ်ဆေး(များ)၏ အန္တရာယ်များနှင့် ကောင်းကျိုးများကို နားလည်ပါသည်။ အခြားသူအတွက် သဘောတူညီချက်ပေးခြင်း ဖြစ်ပါက အထက်တွင် ဖော်ပြထားသူနှင့် ကျွန်ုပ်၏ တော်စပ်ပုံအရ ဤကာကွယ်ဆေး(များ) ထိုးပေးခြင်းကို သဘောတူခွင့်ပြုရန် ဥပဒေအရ ကျွန်ုပ်တွင် လုပ်ပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။

လက်ရှိအချိန်တွင် သင့်လျော်သော ညွှန်းထားသည့် ကာကွယ်ဆေးများအားလုံးဖြင့် ကျွန်ုပ်အား/ကျွန်ုပ်၏ကလေးအား ကာကွယ်ဆေး ထိုးနှံခြင်းကို ကျွန်ုပ် သဘောတူခွင့်ပြုပါသည်။ ကာကွယ်ဆေး အမျိုးအစား တစ်ခုခုကို ကျွန်ုပ်ငြင်းဆန်လိုပါက 317-628-7116 သို့ ဖုန်းခေါ် ခြင်း သို့မဟုတ် clinic@vaccinateindiana.org သို့ အီးမေးလ်ပို့ခြင်းကို ပြုလုပ်ပါမည်။ သင်/သင့်ကလေး၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း မှတ်တမ်းအပေါ် မူတည်၍ ထိုးပေးခြင်းရှိနိုင်သည့် ကာကွယ်ဆေးများ - DTaP, Tdap, အသည်းရောင်အသားဝါ အေ၊ အသည်းရောင်အသားဝါ ဘီ၊ HIB, ပိုလီယို၊ ရိုတာဗိုင်းရပ်စ်၊ Pneumococcal, တုပ်ကွေး၊ MMR, Human Papilloma Virus, ဦးနှောက်အမြှေးရောင်၊ ရေကျောက်

အီလက်ထရောနစ် လက်မှတ်များ - အီလက်ထရောနစ် လက်မှတ်များကို အီလက်ထရောနစ် ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်း ဖြည့်သွင်းမှုများ၊ အသံကို စာပြန်ရိုက်ထားသော စာရွက်စာတမ်းများနှင့် ကွန်ပျူတာမှ ထုတ်ပေးသော စာရွက်စာတမ်းများ၏ မှန်ကန်ကြောင်း သက်သေခံချက်အနေဖြင့် ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများအတွက် အသုံးပြုပါသည်။ ဤအကွက်တွင်ဖြစ်ကာ ဤပုံစံတွင် အမည်နှင့် နေ့စွဲရေးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် ဤပုံစံတွင် အကြမ်းဖော်ပြထားသော စည်းမျဉ်းစည်းကမ်းများကို သဘောတူညီချက် ပေးသည့်အနေဖြင့် ဥပဒေအရ တရားဝင်သည်ဟု သတ်မှတ်သော အီလက်ထရောနစ် လက်မှတ်တစ်ခုကို ထိုးပေးခြင်းဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။ လက်ဖြင့်ထိုးသော လက်မှတ်အစား အီလက်ထရောနစ် လက်မှတ်ကို လက်ခံခြင်းမှာ VaxCare ၏ မူဝါဒအရသာ ဖြစ်ပါသည်။ လုပ်ငန်းစဉ်၏ ခိုင်မာမှုကို သေချာစေရန်နှင့် အီလက်ထရောနစ် ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်း၏ ဒီဇိုင်း၊ အသုံးပြုမှုနှင့် ရယူမှုတို့တွင် ခွင့်ပြုထားသော လုပ်ဆောင်မှု အန္တရာယ်ကို နည်းပါးစေရန်အတွက် လုံခြုံအောင် ဆောင်ရွက်ထားသော အခြေခံအဆောက်အအုံအတွင်း၌ ဤလုပ်ငန်းစဉ်ကို ဆောင်ရွက်ပါသည်။

လက်မှတ် - X _____

နေ့စွဲ - _____

အသက် ၁၈ နှစ်အောက် ဖြစ်ပါက မိဘ/အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ်

CLINIC USE ONLY

| VACCINE | VIS | MANUFACTURER /LOT # / EXP DATE | INJECTION SITE | Route |
|---|--------------------------------|--------------------------------|---|---|
| DTAP | 4/01/20 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |
| DTAP/HEP B/IPV | 4/01/20 8/15/19 10/30/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |
| DTAP/IPV | 4/01/20 10/30/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |
| HEP A <input type="checkbox"/> adult <input type="checkbox"/> peds | 7/20/16 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |
| HEP B <input type="checkbox"/> adult <input type="checkbox"/> peds | 8/15/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |
| HIB | 10/30/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |
| HPV9 | 10/30/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |
| Influenza | 08/15/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |
| MCV4 | 8/15/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |
| MEN B | 8/15/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |
| MMR | 8/15/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> SC |
| MMR/V | 8/05/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> SC |
| PCV-13 | 10/30/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |
| POLIO | 10/30/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM <input type="checkbox"/> SC |
| PPSV23 | 10/30/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |
| ROTAVIRUS | 10/30/19 | | | <input type="checkbox"/> PO |
| TDAP | 4/01/20 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |
| VARICELLA | 8/15/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> SC |
| ZOSTER | 10/30/19 | | <input type="checkbox"/> LA <input type="checkbox"/> RA | <input type="checkbox"/> IM |

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: _____

DATE: _____

CHECKED OUT IN VAXCARE BY: _____

DATE: _____

အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကာကွယ်ဆေးထိုးရေးဆိုင်ရာ ညွှန်ပေါင်းအဖွဲ့ (IIC) စိစစ်ရေး မေးခွန်းလွှာ - မြန်မာဘာသာ
6919 East 10th Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

ကျောင်း -