INDIANA IMMUNIZATION COALITION

Indiana Immunization Coalition - စာရင်းသွင်းခြင်းနှင့် ခွင့်ပြုချက်ဆိုင်ရာ ပုံစံဖောင်

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

ကာကွယ်ဆေး ထိုးနှံ့ထားပြီးသားသူအတွက် အောက်ပါတို့ကို ဖြည့်စွက်ပါ -

လူနာ၏ တရားဝင်အမည် -

အမည်အစစာလုံး -_____ အလယ်စာလုံး -_____ နောက်ဆုံးစာလုံး - _____

အများခေါ်သည့်အမည် (*ရှိပါက*)- _____ **အလုပ်အကိုင်** (*ရှိပါက*)- _____

ဖုန်း #- (_____) - _____ - _____ **မွေးနေ့ -** _____ /_____/_____ **အသက် -** _____

လိင် (မွေးဖွားစဉ်ကသတ်မှတ်ထားသည့်အတိုင်း) - □ မ □ ကျား **နာမ်စား -** _____

စာပို့လိပ်စာ - _____ **မြို့ -** _____ **ပြည်နယ် -** ____ **စာတိုက်ကုဒ် -** _____

လူမျိုး - (သက်ဆိုင်သမျှကိုရွေးပါ) □အမေရိကန် အိန္ဒိယလူမျိုး/အလက်စကာ ဒေသခံ □အာရှလူမျိုး □လူမည်း □ဟာဝိုင်အီကျွန်းသား/ပစိဖိတ်ကျွန်းသား □လူဖြူ □အခြား _____

လူမျိုးစု - □ လက်တင်အမေရိက/လက်တင် နိုင်ငံသား □ လက်တင်အမေရိက/လက်တင် နိုင်ငံသား မဟုတ်ပါ

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ အမည်အပြည့်အစုံ - _____

ကျောင်းသားများအတွက်- ကျောင်းအမည် - _____ အတန်းအဆင့် - _____

အာမခံအခြေအနေ (အကွက်တွင်အမှန်ခြစ်ပါ)

□ အာမခံ မရှိပါ

□ MEDICAID □ HHW □ HCC □ HIP □ CHIP ကုမ္ပဏီ - _____ Medicaid #- _____	□ MEDICARE Medicare #- _____ အဖွဲ့ဝင်အိုင်ဒီ / အဖွဲ့ # (ရှိပါက) - _____

□ ပုဂ္ဂလိက သို့မဟုတ် စီးပွားဖြစ် အာမခံ (MEDICAID မဟုတ်ပါ) *ဖြစ်နိုင်ပါက ကတ်၏ မိတ္တူကို ပုံစံဖောင်တွင် ပူးတွဲပေးပါ*

ကုမ္ပဏီ - _____ အာမခံ ပေါ်လစီ/အဖွဲ့ဝင်အိုင်ဒီ - _____ အဖွဲ့ #- _____

အာမခံထားရှိသူအမည် - _____ အာမခံထားရှိသူမွေးနေ့ - ____/_____/_____

အာမခံထားရှိသူနှင့် လူနာ၏ တော်စပ်ပုံ - _____

ကာကွယ်ဆေးထိုးမည့်သူအတွက် ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးမှုဆိုင်ရာ မေးခွန်းများ -

	(no) (yes)
၁။ သင် ဒီနေ့ဖျားနာနေပါသလား။	□ မဟုတ် □ ဟုတ်
၂။ ဆေးဝါး၊ အစားအသောက်၊ ကာကွယ်ဆေးပါဝင်ပစ္စည်း သို့မဟုတ် ရာဘာစေးတို့နှင့် ဓာတ်မတည့်မှု တစ်ခုခုရှိပါသလား။ ဓာတ်မတည့်မှုများကို ရွေးပေးပါ -	□ မဟုတ် □ ဟုတ်
၃။ ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် ပြင်းထန်သောဓာတ်မတည့်မှု ခံစားရဖူးပါသလား။ ဖြစ်ဖူးပါက၊ ပြောပြပေးပါ -	□ မဟုတ် □ ဟုတ်
၄။ ကြွက်သားအားနည်းပျော့ခွေသော ရောဂါလက္ခဏာစု (Guillain-Barre Syndrome, GBS) ဖြစ်ဖူးပါသလား။	□ မဟုတ် □ ဟုတ်
၅။ နှလုံး၊ အဆုတ်၊ ကျောက်ကပ်ရောဂါ၊ ဇီဝဖြစ်စဉ် ပြောင်းလဲမှုဆိုင်ရာရောဂါ (ဥပမာ- ဆီးချိုသွေးချို) သို့မဟုတ် အခြားသွေးရောဂါများ (ဥပမာ- သွေးခဲသည့်ရောဂါ၊ ဟေမိုဂလိုဘင် တစင်ပုံစံဖြစ်နေသည့် သွေးအားနည်းရောဂါ) စသည်တို့နှင့် ပက်သက်သော နာတာရှည်ကျန်းမာရေးပြဿနာ ရှိပါသလား။	□ မဟုတ် □ ဟုတ်
၆။ ကင်ဆာ၊ သွေးကင်ဆာ၊ အိတ်စ် (AIDS) သို့မဟုတ် အခြား ခုခံအားစနစ်ရောဂါ တစ်ခုခု ရှိပါသလား။	□ မဟုတ် □ ဟုတ်
၇။ လေဖြတ်ခြင်း၊ ဦးနှောက်နှင့် အခြား အာရုံကြောရောဂါ တစ်ခုခုဖြစ်ဖူးပါသလား။	□ မဟုတ် □ ဟုတ်
၈။ ရိုးဆက်ရောင်ဟော်မုန်းဆေး၊ ပရက်ဒ်နီဆုန်း၊ အခြားသော စတီးရွိုက် သို့မဟုတ် ကင်ဆာရောဂါဆေးများ သောက်ဖူးပါသလား သို့မဟုတ် ကင်ဆာကုသမှုဖြစ်သော ဓါတ်ရောင်ခြည်ကုသမှုကို ခံယူဖူးပါသလား။	□ မဟုတ် □ ဟုတ်
၉။ အမျိုးသမီးဖြစ်ပါက ကိုယ်ဝန်ဆောင်နေသူဖြစ်ပါသလား သို့မဟုတ် လာမည့်လတွင် ကိုယ်ဝန်ဆောင်နိုင်ချေရှိသူဖြစ်ပါသလား။	□ မဟုတ် □ ဟုတ်

Indiana Immunization Coalition - စာရင်းသွင်းခြင်းနှင့် ခွင့်ပြုချက်ဆိုင်ရာ ပုံစံဖောင်
6919 E 10th Street, Suite C2, Indianapolis, IN 46219

၁၀။ ဆေးလိပ် သို့မဟုတ် ဗိတ် (vape) သောက်ပါသလား။ ဆေးလိပ် သို့မဟုတ် ဗိတ် (vape) သောက်ဖူးပါသလား။	□ မဟုတ် □ ဟုတ်
၁၁။ ပြီးခဲ့သည့်နှစ်အတွင်း သွေး သို့မဟုတ် သွေးနှင့်ဆက်စပ်သော ပစ္စည်းများအား သွင်းခြင်းများအား ပြုလုပ်ဖူးသလား သို့မဟုတ် immune (gamma) globulin သို့မဟုတ် ပိုးသတ်ဆေး သုံးစွဲဖူးပါသလား။	□ မဟုတ် □ ဟုတ်
၁၂။ လွန်ခဲ့သော ၄ ပတ်အတွင်း ကာကွယ်ဆေးတစ်ခုခု ထိုးဖူးပါသလား။	□ မဟုတ် □ ဟုတ်

သဘောတူညီချက်များ

ကာကွယ်လျှို့ဝှက်ထားသော ကျန်းမာရေးအချက်အလက်များ အသုံးပြုရန်နှင့် အခွင့်အရေး သတ်မှတ်ချက်များအတွက် သဘောတူညီချက် - ကျွန်ုပ်သည် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ လုံခြုံမှုဆိုင်ရာ အသိပေးချက်ကို လက်ခံရရှိကြောင်း သိရှိကာ သဘောတူညီပါသည်။
ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှု လုပ်ငန်းစဉ်များအပါအဝင် အာမခံပေးသူထံမှ အထက်တွင် ဖော်ပြထားသော အလုံးစုံ ငွေပေးချေမှု သတ်မှတ်ချက်များအတွက်
ကျွန်ုပ်၏ ကိုယ်ပိုင်ကျန်းမာရေးအချက်များကို အသုံးပြုရန်နှင့် ဤနေရာတွင် ထည့်သွင်းစဉ်းစားထားသော ဝန်ဆောင်မှုများနှင့် ဆက်စပ်သည့် ပြင်ပအဖွဲ့အစည်း ငွေပေးချေသူအား ထုတ်ဖော်ခွင့်နှင့် ပက်သက်သည့် လုပ်ထုံးလုပ်နည်းများ ဖြစ်ပါသည်။

***လက်မှတ် - X _____ ရက်စွဲ - _____**
၁၈ နှစ်အောက်ဖြစ်ပါက မိဘ/အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ် လိုအပ်ပါသည်။

ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် ခွင့်ပြုချက် - ကျွန်ုပ်တောင်းဆိုထားသည့် အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော ကာကွယ်ဆေးကို ကျွန်ုပ်အား သို့မဟုတ် အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ရောဂါခုခံနိုင်စွမ်းဆိုင်ရာ ညွှန်ပေါင်းအဖွဲ့ (Indiana Immunization Coalition, IIC) ကိုယ်စားလှယ်အရ ကျွန်ုပ်အား မီခိုနေသူကို ဆေးထိုးပေးရန် ဤပုံစံဖောင်ပါ ကျွန်ုပ်၏ လက်မှတ်မှ ရည်ညွှန်းပါသည်။ ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်သည့် ဓာတ်မတည့်မှုများအတွက် ပြင်ပငွေပေးချေသူ၊ IICမှ တာဝန်ယူမည်ဖြစ်ပြီး
ဆေးထိုးပေးသူနှင့် ဝန်ထမ်းတို့ကို တာဝန်မယူစေရပါ။ ဤဝန်ဆောင်မှုကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာသော သို့မဟုတ် ဆက်စပ်သော တောင်းဆိုမှု သို့မဟုတ် လုပ်ဆောင်ချက်များအတွက်
တရားသူကြီးများထံ ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုထားသော အမြင့်ဆုံးအတိုင်းအတာအထိ တရားခွင်လုပ်ပိုင်ခွင့်များကို ခြွင်းချက်မရှိ အလုံးစုံ ပေးအပ်ပါသည်၊
အဆိုပါ တောင်းဆိုချက် သို့မဟုတ် လုပ်ဆောင်ချက်ကို အမေရိကန် တရားခုံရုံးအဖွဲ့၏ စီးပွားရေးကိစ္စရပ်များ တရားစီရင်မှုဥပဒေများနှင့်အညီ စီရင်ဆုံးဖြတ်မှုဖြင့် တစ်ဦးချင်းစီအား သီးသန့်ချမှတ်ရပါမည်။
ကျွန်ုပ်သော်လည်းကောင်း၊ IIC သော်လည်းကောင်း၊ ပြင်ပ ငွေပေးချေသူ သော်လည်းကောင်းသည် အခြားသူများ သို့မဟုတ် အဖွဲ့အစည်းများ၏ စီရင်ချက်တွင် ပါဝင်ခြင်း သို့မဟုတ် ပူးပေါင်းခြင်းမပြုရ၊ အဆင့်တစ်ခု၏ ကိုယ်စားပြုအဖွဲ့ဝင်အဖြစ် သို့မဟုတ် ပုဂ္ဂလိကရှေ့နေ အထွေထွေနေရာတွင် ဝင်ရောက်ကာ ကြားဝင်စေ့စပ်ခြင်း မပြုရ။ လိုအပ်သော အခြေအနေအရ ဆက်ဆံရသည့်အခါ IIC တွင် လူနာနှင့် ဝန်ထမ်းတို့၏ ဘေးကင်းရေးဆိုင်ရာ အလားတူ သွေးစစ်ခြင်းတို့အတွက် လူနာ၏ ခွင့်ပြုချက်ရှိပါသည်။
ကာကွယ်ဆေးအချက်အလက်ထုတ်ပြန်ချက်(များ)မှ အချက်အလက်များအားလုံးကို ကျွန်ုပ်ဖတ်ရှုပြီးစီးပြီး နားလည်ရှင်းလင်းကာ ကာကွယ်ဆေးများ၏ (ဓာတ်မတည့်ဆိုးကျိုးများ အပါအဝင်)
အန္တရာယ်ရှိနိုင်သည်များနှင့် အကျိုးကျေးဇူးများကို နားလည်ပါသည်။ အခြားသူအတွက် သဘောတူပေးခြင်းဖြစ်ပါက အထက်တွင် ဖော်ပြထားသည့် ပုဂ္ဂိုလ်အတွက် ဤကာကွယ်ဆေး(များ)ထိုးနှံမှုလုပ်ဆောင်ခြင်းအား
ကျွန်ုပ်၏ တော်စပ်ပုံအရ ခွင့်ပြုရန်အတွက် တရားဝင်လုပ်ပိုင်ခွင့်ရှိပါသည်။

ကျွန်ုပ်ကိုယ်တိုင်/ကျွန်ုပ်ကလေးအား ယခုအချိန်တွင် အချိန်ပြည့်နေပြီဖြစ်သည့် အကြံပြုထားသော ကာကွယ်ဆေးအားလုံးကို ထိုးနှံရန် သဘောတူပါသည်။ အချို့ကာကွယ်ဆေး (များ) ကို မထိုးလိုပါက
317-628-7116 သို့ ဖုန်းခေါ်ဆိုပါမည်၊ clinic@vaccinateindiana.org သို့ အီးမေးလ်ပို့ပါမည်၊ သို့မဟုတ် ဆေးခန်းအုပ်နှင့် အပြင်တွင် ကိုယ်တိုင်တွေ့ကာ ဆွေးနွေးပါမည်။
သင်/သင့်ကလေး၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးထားမှုမှတ်တမ်းအပေါ်အခြေခံ၍ ထိုးပေးမည့် ကာကွယ်ဆေးများ - DTaP/Tdap၊ အသည်းရောင်အသားဝါ A ပိုး၊ B ပိုး၊ Haemophilus influenzae၊
အမျိုးအစား b (HiB)၊ လိင်မှတစ်ဆင့်ကူးစက်တတ်သောရောဂါ၊ တုပ်ကွေး၊ MMR၊ ဦးနှောက်အမြှေးပါးရောင်ရောဂါ၊ အကြောသေရောဂါ၊ Rotavirus၊ အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ စင်ဆီရှယ်ဗိုင်းရပ်စ် (RSV)၊ ရေကျောက်ရောဂါ၊ ရေယုံရောဂါနှင့် Covid-19။

***လက်မှတ် - X _____ ရက်စွဲ - _____**
၁၈ နှစ်အောက်ဖြစ်ပါက မိဘ/အုပ်ထိန်းသူလက်မှတ် လိုအပ်ပါသည်။

Burmese

Indiana Immunization Coalition - စာရင်းသွင်းခြင်းနှင့် ခွင့်ပြုချက်ဆိုင်ရာ ပုံစံဖောင်

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

CLINIC USE ONLY

Note any vaccine refusals next to vaccine name

Vaccine	VIS	MANUFACTURER/LOT #/ EXP DATE	INJECTION SITE	ROUTE
Dtap	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Dtap/IPV	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Dtap/Hep B/IPV	5/12/23		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Dtap/Hib/IPV	10/15/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Dtap/IPV/Hib/HepB	5/12/23		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Hep A □ adult □ pediatric	10/15/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Hep B □ adult □ pediatric	5/12/23		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Hib	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
HPV	8/6/21		□ L arm □ R arm	□ IM
Influenza	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
MCV4	8/6/21		□ L arm □ R arm	□ IM
Men B	8/6/21		□ L arm □ R arm	□ IM
MMR	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ SC
MMRV	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ SC
Pneumococcal	5/12/23		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM
Polio	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ IM □ SC
Rotavirus	10/15/21			□ PO
RSV	10/19/23		□ L arm □ R arm	□ IM
Tdap	8/6/21		□ L arm □ R arm	□ IM
Varicella	8/6/21		□ L arm □ R arm □ L thigh □ R thigh	□ SC
Zoster	2/4/22		□ L arm □ R arm	□ IM
Covid-19	10/19/23		□ L arm □ R arm	□ IM

VACCINATOR NAME AND CREDENTIALS: _____ DATE: _____

Checked out in third party biller on: _____ Initials: _____

Updated 2/20/2024 SJ