

ကာကွယ်ဆေးထိုးမှုဆိုင်ရာ အသိပေးသဘောတူခွင့်ပြုချက်

အမျိုးသား အမျိုးသမီး

အမည်နောက်ဆုံးစာလုံး: _____ အမည်ပထမစာလုံး: _____ အမည်အလယ်စာလုံး: _____ မွေးသက္ကရာဇ်: _____ အသက်: _____ မွေးဖွားချိန်တွင် သတ်မှတ်ထားသော လိင် () -

အိမ်လိပ်စာ: _____ မြို့: _____ ပြည်နယ်: _____ စာပို့သင်္ကေတ: _____ ဖုန်း # အိမ် မိုဘိုင်း: _____

တောင်းဆိုထားသော

- ကာကွယ်ဆေး(များ):** တုပ်ကွေး
- COVID-19 အဆုတ်ရောင်ရောဂါ
- ရေယုန် အသည်းရောင် B
- မေးခိုင်/ကြက်ညှာချောင်းဆိုး
- အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ ကူးစက်ရောဂါပိုးဝင်ခြင်း (Respiratory Syncytial Virus, RSV)
- အသည်းရောင် A
- သားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာ (Human papillomavirus, HPV)
- ဦးနှောက်အမြှေးရောင် MMR
- အခြား: _____

- လူမျိုးစု:** စပိန်နွယ်ဖွား သို့မဟုတ် လက်တင်လူမျိုး
- စပိန်နွယ်ဖွား သို့မဟုတ် လက်တင်လူမျိုးမဟုတ်
- မဖော်ပြလိုပါ (မသိပါ)

66 ပေါင်မပြည့်ပါက ကိုယ်အလေးချိန်ကို ဖော်ပြပါ- _____ ပေါင်။

- လူမျိုး:** အာရှ အမေရိကန် အင်ဒီးယန်း
- ပစိဖိတ်ကျွန်းသူ၊ ကျွန်းသား လူမည်း သို့မဟုတ် အာဖရိကန် အမေရိကန်
- လူဖြူ လူမျိုးနှစ်မျိုးနှင့်အထက် အခြား

ကာကွယ်ဆေးကို မည်သည့်လက်မောင်းတွင် ထိုးလိုပါသလဲ။ ဘယ် ညာ

အိမ်ကုသမှုပေးသည့် သမားတော်အမည်: _____

ဖုန်း: _____ **လိပ်စာ:** _____

Medicare လူနာများသာ- လူမှုဖူလုံရေးနံပါတ် (Social Security Number, SSN)

၏ နောက်ဆုံးဂဏန်း 4 လုံး: _____

Medicare အပိုင်း B အိုင်ဒီအီး#: _____

စစ်ဆေးမှုမေးခွန်းများ ဟုတ် မဟုတ်

1. သင် ယနေ့ နေမကောင်းဖြစ်နေပါသလား။
2. သင့်တွင် ဆေးဝါး၊ အစားအစာ သို့မဟုတ် ကာကွယ်ဆေးနှင့် ဓာတ်မတည့်မှု တစ်ခုခုရှိပါသလား။ ရှိပါက ဖော်ပြပေးပါ- _____
3. ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် ပြင်းထန်သော တုံ့ပြန်မှု သို့မဟုတ် မေ့လဲခြင်း ဖြစ်ဖူးပါသလား (ဥပမာ- ကြွက်သားအားနည်းပျော့ခွေသော ရောဂါ (Guillain-Barré Syndrome))။
4. အမျိုးသမီးများအတွက်- သင်သည် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားသူ ဖြစ်ပါသလား သို့မဟုတ် နောက်လတွင် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ရန် စဉ်းစားထားပါသလား။
5. **ကိုယ်ဝန်ရှိပါက** ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားသည့် ရက်သတ္တပတ်- _____
6. **သင်နှင့် သက်ဆိုင်သည့်အားလုံးကို အမှန်ဖြစ်ပါ-** ပန်းနာ/အဆုတ်ရောဂါ ဆီးချိုရောဂါ နှလုံးရောဂါ ဆေးရွက်ကြီးသောက်သူ အတက်ရောဂါ/ဦးနှောက်ရောဂါ ကျောက်ကပ်ရောဂါ/ကျောက်ကပ်ဆေးခြင်း အသည်းရောဂါ သရက်ရွက်ပျက်စီးခြင်း သိုင်းမတ်ဂလင်းထုတ်ပစ်ရခြင်း သို့မဟုတ် ကြွက်သားပျော့ခွေ အာရုံကြောရောဂါ၊ နှုတ်ခမ်းကွဲ၊ အာခေါင်ကွဲ၊ မွေးရာပါ နှလုံးရောဂါ (DiGeorge) ရောဂါလက္ခဏာစာ သို့မဟုတ် သိုင်းမတ်ဂလင်းအကျိတ်ကဲ့သို့သော သိုင်းမတ်ဂလင်းပြဿနာမျိုးရှိပါသလား။ (အဘိရောင်အဖျားသီးသန့်) လက်ရှိတွင် ပဋိဇီဝဆေးများ သို့မဟုတ် ငှက်ဖျားဆေးများကို သောက်သုံးနေပါသလား။ (တိုက်ဖျက်ရောဂါသောက်ဆေးသောက်နေရမှုသာ)
7. သွေးဥမွှားနည်းပါးခြင်း သို့မဟုတ် ကိုယ်ခံအားစနစ်မမှန်ခြင်းကြောင့် သွေးဥမွှားစနစ်ပျက်စီးသည့် ရောဂါဖြစ်ဖူးသည့် ရာဇဝင်ရှိပါသလား။ ဝက်သက်၊ ပါးချိတ်ရောင်၊ ဂျိုက်သိုးရောဂါကာကွယ်ဆေး (MMR ** အတွက်သာ) နာတာရှည်ဆေးရုံ ကိုယ်ခံအားစနစ်အားနည်းလာခြင်း (ဥပမာ- ကင်ဆာရောဂါ၊ ခုခံအားကျဆင်းမှုကူးစက်ရောဂါ (Human Immunodeficiency Virus, HIV)၊ ဆင်ဖြူတော်ရေယုန်၊ စတီးရွိုက်သောက်ဆေးများ၊ ကင်ဆာဆေးများ သို့မဟုတ် ပိုးသတ်ဆေးများ၊ သွေးသွင်းရခြင်း သို့မဟုတ် သွေးပါဝင်ပစ္စည်းများသွင်းရခြင်း၊ အင်မြူနိုလိုဘင်၊ ဓာတ်ရောင်ခြည်ကုထုံး) ပြီးခဲ့သည့် 4 ပတ်အတွင်း ကာကွယ်ဆေးတစ်မျိုးမျိုးကို ထိုးဖြစ်ခဲ့ပါသလား။ ထိုးခဲ့ပါက ဖော်ပြပေးပါ-
8. မည်သည့် ကာကွယ်ဆေး(များ)၏ အချက်အလက်များကို ပိုမိုသိရှိလိုကြောင်း ဖော်ပြပါ။ အသည်းရောင်ရောဂါ A MMR (ဝက်သက်၊ ပါးချိတ်ရောင်နာ၊ ဂျိုက်သိုး)
9. ခရီးသွား ကာကွယ်ဆေးများ ကလေး ကာကွယ်ဆေးများ
10. အခြား- _____ မသေချာပါ- မထိုးဘဲ လွတ်သွားမည့် သို့မဟုတ် ထိုးရန် လိုအပ်မည့် ကာကွယ်ဆေးများရှိလာနိုင်သည့်အတွက် အကဲဖြတ်ချက်တစ်ခု ပြုလုပ်စေလိုသည်

ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် လိုအပ်ချက်များ

- | 7. | နောက်ဆုံးထိုးခဲ့သည့် အကြိမ်- တုပ်ကွေးကာကွယ်ဆေး: _____ COVID-19 ကာကွယ်ဆေး: _____ | ဟုတ် <input type="checkbox"/> | မဟုတ် <input type="checkbox"/> | မသေချာပါ <input type="checkbox"/> |
|-----|---|-------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|
| 8. | သင်သည် အဆုတ်ရောင်ရောဂါ ကာကွယ်ဆေးကို ထိုးဖူးပါသလား။ ထိုးဖူးပါက ဘယ်အချိန်နှင့် ဘယ်အမျိုးအစား(များ)လဲ။ _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. | အသက် 60 နှစ်နှင့်အထက် လူနာများ- RSV ကာကွယ်ဆေးထိုးဖူးပါသလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. | အသက် 49 နှစ်အထက် လူနာများ- သို့မဟုတ် ခုခံအားကျဆင်းပျက်ပြယ်သွားခြင်း သင်သည် ရေယုန် ကာကွယ်ဆေးကို ထိုးဖူးပါသလား။ ထိုးဖူးပါက ဘယ်ရက်(များ)လဲ- _____ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. | အသက် 66 နှစ်အောက် လူနာများ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ MMR (ဝက်သက်၊ ပါးချိတ်ရောင်နာ၊ ဂျိုက်သိုး) ကာကွယ်ဆေးထိုးခဲ့ပါသလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. | အသက် 59 နှစ်အောက် လူနာများ သို့မဟုတ် ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများ အသည်းရောင် B ကာကွယ်ဆေးကို အကြိမ်ရေပြည့်အောင် ထိုးပြီးပါပြီလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. | အသက် 46 နှစ်အောက် လူနာများ- HPV (လိင်အင်္ဂါကြွက်နို့ပိုး) ကာကွယ်ဆေးကို အကြိမ်ရေပြည့်အောင် ထိုးပြီးပါပြီလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. | အသက် 43 နှစ်အောက် လူနာများ ဗယ်ရီဆဲလား ("ရေကျောက်ရောဂါ") ကာကွယ်ဆေး 2 ကြိမ်ပြည့်အောင် ထိုးပြီးပါပြီလား။ | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

15.	အသက် 11 နှစ်မှ 23 နှစ်အထိ လူနာများ- သင်သည် ဦးနှောက်အမြှေးရောင်ရောဂါ ကာကွယ်ဆေး ထိုးဖူးပါသလား။	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	သင်သည် မေးခွင်ရောဂါကာကွယ်ဆေးကို နောက်ဆုံးထိုးခဲ့တာ ဘယ်နှနှစ်ရှိသွားပြီလဲ။	___ နှစ်		<input type="checkbox"/>

အသိပေး သဘောတူခွင့်ပြုချက်- ဖတ်ရှုပြီး လက်မှတ်ထိုးပါ။

အောက်တွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့သည် ဥပဒေအရ သို့မဟုတ် ပြည်နယ်/ဖက်ဒရယ်လမ်းညွှန်ချက်ဖြင့် ခွင့်ပြုထားသော၊ Albertsons Companies သို့မဟုတ် ၎င်း၏ တွဲဖက်ဆေးဆိုင်တစ်ခုခု အလုပ်ခန့်အပ်ထားသော သို့မဟုတ် စာချုပ်ချုပ်ဆိုထားသော ဆေးဝါးပညာရှင် သို့မဟုတ် ပညာရှင်ကြီးကြပ်မှုဖြင့် ကျောင်းသား သို့မဟုတ် ကျွမ်းကျင်သူတစ်ဦးမှ ကာကွယ်ဆေး(များ) ထိုးပေးခြင်းနှင့် ကျွန်ုပ်တို့ထိုးရတော့မည်ဖြစ်သော သို့မဟုတ် ထိုးရန် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီသော အခြားကာကွယ်ဆေးများနှင့် စပ်လျဉ်း၍ အထက်တွင် ဖော်ပြထားသော ဖုန်းနံပါတ်သို့ ဆက်သွယ်ခြင်းကို သဘောတူရာရောက်ပါသည်။ အထက်ဖော်ပြပါ အချက်အလက်များသည် မှန်ကန်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ စံနှုန်း (ရှိလျှင်) နှင့် ကိုက်ညီကြောင်း သက်သေပြပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့က အရွယ်မရောက်သေးသူလူနာ၏ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူဖြစ်ပါက အရွယ်မရောက်သေးသူလူနာသည် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းအတွက် သတ်မှတ်ချက်ပြည့်မီမှုဆိုင်ရာ စံနှုန်းနှင့် ကိုက်ညီကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့ သက်သေပြပါသည်။ ဤကာကွယ်ဆေးကို ကျွန်ုပ်တို့အား ထိုးနှံပေးခြင်း သို့မဟုတ် အရွယ်မရောက်သေးသူအား ထိုးနှံပေးခြင်းကြောင့် ဖြစ်ပေါ်လာသော သို့မဟုတ် ယင်းမှ ပေါ်ပေါက်လာသော ချွန်လုပ်ထားခြင်း သို့မဟုတ် အပိတ်အပေါက်များ အပါအဝင် မည်သည့်ပေးရန် တာဝန်အားလုံးမှမဆို Albertsons Companies နှင့် ၎င်း၏ ကုမ္ပဏီခွဲများ၊ အဖွဲ့ဝင်ကုမ္ပဏီများ၊ အရာရှိများ၊ ဒါရိုက်တာများ၊ ဝန်ထမ်းများနှင့် ကိုယ်စားလှယ်များအား ကျွန်ုပ်တို့က ကင်းလွတ်ခွင့်ပြုပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် အောက်ပါအချက်များကို နားလည်သိရှိပါသည်- 1) ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် ကျွန်ုပ်တို့ဆန္ဒအလျောက် ရွေးချယ်ထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် တုပ်ကွေးကာကွယ်ဆေးကို စက်တင်ဘာလ 1 ရက်နေ့မှတိုင်မီ လက်ခံရရှိမည့် သူဖြစ်မည်ဆိုပါက ကျွန်ုပ်တို့သည် သား/သမီးဖြစ်သူ ကာကွယ်ဆေးထိုးရန်အတွက် ကလေး၏ကိုယ်စားလက်မှတ်ထိုးပေးသူ သို့မဟုတ် ကိုယ်ဝန်ဆောင်သည်မှာ တတိယသုံးလပတ်သို့ရောက်နေသည့် ကိုယ်ဝန်ဆောင် သို့မဟုတ် နောက်တစ်ခါ ပြန်လာမပြန်မီဖြစ်မည်ဟု ဆိုလိုပါသည်။ 2) ကျွန်ုပ်တို့သည် Albertsons Companies အား Medicare သို့မဟုတ် အခြားစာချုပ်ချုပ်ဆိုထားသော ပြင်ပအဖွဲ့အစည်းငွေပေးချေသူတို့ ကျသင့်ငွေများအား ပြန်ထုတ်ပေးရန် တောင်းဆိုချက်ကို ကျွန်ုပ်တို့၏ ကိုယ်စားလှယ်ခွင့်ပြုပါသည်။ တောင်းဆိုချက်ကို ငြင်းဆိုပါက ကျွန်ုပ်တို့တွင် ငွေပေးချေရန် တာဝန်ရှိမည်ကို ကျွန်ုပ်တို့ နားလည်ပါသည်။ 3) ကျွန်ုပ်တို့သည် တရားဝင်အသက်ပြည့်ထားပြီး ဤသဘောတူညီချက်ဖောင်ကို ဖြည့်စွက် လက်မှတ်ထိုးရန် ခွင့်ပြုချက်ရရှိထားသည့် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့သည် အရွယ်မရောက်သေးသူ လူနာ၏ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူဖြစ်သည်။ 4) ကျွန်ုပ်တို့၏ တစ်ကိုယ်ရေ ကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ကာကွယ်ဆေး၏ထိရောက်မှုကို ဆိုးရွားစွာထိခိုက်စေနိုင်သည့် မည်သည့်ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ အခြေအနေများကိုမဆို ကျွန်ုပ်တို့က ဆေးပညာရှင်ထံ ချက်ချင်းသတိပေးပါမည်။ 5) ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် ဖြစ်နိုင်ခြေရှိသော ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများ၊ ၎င်းတို့ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်သည့် အချိန်နှင့် ကုသမှုခံယူသင့်သည့် အချိန်နှင့် နေရာတို့နှင့်ပတ်သက်၍ ကျွန်ုပ်တို့အား ဆွေးနွေးအကြံပေးပါမည်။ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးတစ်ခုခုခံစားရပါက ကျွန်ုပ်တို့၏ စရိတ်ဖြင့် ကျွန်ုပ်တို့၏ဆရာဝန်နှင့် နောက်ဆက်တွဲ ကုသမှုခံယူရန် ကျွန်ုပ်တို့တွင် တာဝန်ရှိပါသည်။ 6) ကျွန်ုပ်တို့သည် ကာကွယ်ဆေး သို့မဟုတ် ထိုးဆေးကုထုံးနှင့်ပတ်သက်ပြီး ပြင်းထန်သော ချက်ချင်းစာတတ်မှု မှတ်တမ်းမရှိပါက စောင့်ကြည့်စစ်ဆေးရန်အတွက် ထိုနေရာတွင် မိနစ် 30 ကြာ ဆက်ရှိနေသင့်ပါသည်။ အကယ်၍ ကျွန်ုပ်တို့သည် နေရာတွင် မစောင့်ဆိုင်းဘဲ ထွက်ခွာပါက ကျွန်ုပ်တို့အနေဖြင့် ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးသော ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်၏ အကြံပြုချက်ကို မနာခံဘဲ ကိုယ်တိုင်ကိုယ်ယူရန် အရဲစွန့်၍ထွက်ခွာခြင်းဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့သိရှိပါသည်။ 7) ကျွန်ုပ်တို့ ထိုးနှံပေးမည့် ကာကွယ်ဆေး(များ)အတွက် ပေးထားသော ကာကွယ်ဆေးအချက်အလက်များဆိုင်ရာ ထုတ်ပြန်ချက်(များ) ("Vaccine Information Statement, VIS") သို့မဟုတ် အရေးပေါ်သုံးစွဲခွင့် ("Emergency Use Authorization, EUA") ကို ကျွန်ုပ်တို့ဖတ်ရှုထားပါသည် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်တို့အား ဖတ်ပြထားပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့တွင် မေးခွန်းများမေးရန် အခွင့်အရေးရှိခဲ့ပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ မေးခွန်းအားလုံးကို ကျွန်ုပ်တို့၏ကျေနပ်သည်အထိ ဖြေကြားပေးခဲ့ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေး(များ)၏ အကျိုးကျေးဇူးများနှင့် အန္တရာယ်များကို ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။ 8) ကျွန်ုပ်တို့အား ကျန်းမာရေး အာမခံ လွှဲပြောင်းမှုနှင့် တာဝန်ခံမှုဆိုင်ရာ အက်ဥပဒေ (Health Insurance Portability and Accountability Act, HIPPA) နှင့်အညီ ကုမ္ပဏီ၏ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု ကျင့်ထုံးများဆိုင်ရာ အသိပေးချက်မိတ္တူတစ်စောင်ကို ပေးအပ်ထားသည် နှင့်/သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးပေးထားပါသည်။ 9) ကျွန်ုပ်တို့၏ဆေးဆိုင် သို့မဟုတ် ၎င်း၏လုပ်ငန်းတွဲဖက်သည် ဤကာကွယ်ဆေးထိုးမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရ ကျွန်ုပ်တို့၏ဆေးဆိုင် သို့မဟုတ် ၎င်း၏လုပ်ငန်းတွဲဖက်သည် ဤကာကွယ်ဆေးထိုးမှုဆိုင်ရာ အချက်အလက်များကို ပြည်နယ် သို့မဟုတ် ဖက်ဒရယ်ဥပဒေအရ ခွင့်ပြုပေးထားသည့် ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုဥပဒေဆိုင်ရာ ထပ်ဆောင်းအကာအကွယ်များကို ရရှိထားသော ကာကွယ်ဆေးတစ်မျိုးမျိုးနှင့် သက်ဆိုင်သည့် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းဆိုင်ရာ အချက်အလက်များနှင့်အတူ ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်းဆိုင်ရာ မှတ်တမ်းဌာနသို့ မျှဝေနိုင်ကာ ၎င်းမှတ်တမ်းဌာနကလည်း အဆိုပါကာကွယ်ဆေးအချက်အလက်များကို ကျွန်ုပ်တို့၏ အဓိကစောင့်ရှောက်ပေးသူဆရာဝန်၊ ခွင့်ပြုချက်ရှိသော ဆရာဝန် သို့မဟုတ် သက်ဆိုင်မည်ဆိုပါက ဒေသတွင်း ကျန်းမာရေးဌာန (Department of Health) သို့ အစီရင်ခံစာပေးပို့ပြီး ကျွန်ုပ်တို့သည် အဆိုပါထုတ်ဖော်ပြောဆိုမှုများကို ခွင့်ပြုပါသည်။ (နယူးဂျာစီပြည်နယ်အတွက်သာ- ဤကာကွယ်ဆေးကို ကျွန်ုပ်တို့လက်ခံရရှိထားကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့၏အဓိကဆရာဝန်ထံသို့ အကြောင်းကြားခြင်းအား ခွင့်ပြုသည် ခွင့်မပြုပါ။ ခွင့်ပြုသည်/ခွင့်မပြုပါကို အမှန်မဖြစ်ဘဲထားခြင်းကို ခွင့်ပြုချက်ပေးလိုက်သည်ဟု မှတ်ယူမည်ဖြစ်ကြောင်း ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။) (တောင်ဒါကိုတာ၊ မိန်း၊ မက်ဆာချူးဆက်နှင့် နယူးဟမ်ပရှိုင်းယားပြည်နယ်များအတွက်သာ- ကျွန်ုပ်တို့၏ ဒေတာများကို အဆိုပါ စာရင်းသွင်းမှုများမှတစ်ဆင့် အထက်ဖော်ပြပါ အဖွဲ့အစည်းများထံ မျှဝေခြင်းအား ကျွန်ုပ်တို့က ကန့်ကွက်ပိုင်ခွင့်ရှိသည်ကို ကျွန်ုပ်တို့နားလည်ပါသည်။) အရွယ်မရောက်သေးသူ၏မိဘ သို့မဟုတ် အုပ်ထိန်းသူဖြစ်ပါက အောက်တွင် သဘောတူခွင့်ပြုချက်ပေးခြင်းသည် ကလေးအထူးကုဆရာဝန်ထံ တစ်နှစ်တစ်ခါသွားရောက်ပြသရန် အကြောင်းကြားစာလက်ခံရရှိမှုကို အတည်ပြုခြင်းဖြစ်သည်။

X
လူနာ သို့မဟုတ် အရွယ်မရောက်သေးသူလူနာ၏ မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ၏ လက်မှတ် **အမည် စာလုံးမည်းဖြင့်ဖော်ပြရန်-** **နေ့စွဲ**
(အရွယ်မရောက်သေးသူနှင့် တော်စပ်ပုံကို ထည့်ပါ)

Below for Pharmacy Use Only:		WA ONLY: Substitution Permitted: _____				Dispense as Written: _____			
Vaccine Name	Lot #	Expiration Date	Manufacturer	Dose (ml)	Dose #	Route	Site (circle)	VIS/EUA Pub. Date	F/U Appt Date/Time
COVID-19(_____)					N/A	IM	R / L Deltoid		
Flu (_____)				0.5	N/A	IM	R / L Deltoid		
Shingrix®			GSK	0.5	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2	IM	R / L Deltoid	2/4/2022	
							R / L _____		
							R / L _____		
							R / L _____		
Ordering RPh Signature: _____			RxBIN: _____ PCN: _____ Group #: _____ ID#: _____						
Name of Administrator: _____			Medical (Name, ID#, Group#): _____						
Admin/VIS Provided Date: _____ <input type="checkbox"/> NPP Offered			<input type="checkbox"/> Offsite Clinic Clinic Name: _____ Clinic Address: _____						
Counseling (Please circle): Accepted / Declined			Appt Date: _____ Appt Time: _____ Administration time (OR Only): _____			ICIMZIV 20240523			