

COVID -19 Vaccination Consent Form 2020-2021

ခါဘဲ-၁၉ ကသံဉ်ဒီသအတဲအာ်အာ်လီဟ့ၣ်အခဲးလံာ် ၂၀၂၀-၂၀၂၁

မံးအကတဲာ် (ဝံသးစူကွဲးလီ)	မံးအဆိကတဲာ်	မံးခါဘဲသး	နံးအိၣ်ဖျဲၣ်မုၢ်နံး	၉ ခွါ မုၢ်
တဲာ်အိၣ်တဲာ်ဆိးအလီ	ဝုၢ်အမံး	ကီၢ်ခဲာ်	ကီၢ်ခဲာ်	Zip နံာ်ဂံာ်
လီတဲာ်ခိၣ်ဂံာ်	လီပရု	နကသံဉ်သရၣ်လဲအကွၢ်ထွဲန့ၢ်		

SCREENING FOR VACCINATION ELIGIBILITY

တဲာ်သမံသမိးလဲနကဒီးန့ၢ်ဘၣ်ကသံဉ်ဒီသအကီၢ်

1. Are you pregnant? နအိၣ်ဒီးနဟူးနသးခါ	မုၢ်	တမုၢ်
2. Are you currently breastfeeding? ခဲအံးနဒူးအိၣ်နဖိဆဲးလဲနန့ၢ်ထံခါ	မုၢ်	တမုၢ်
3. Have you had a severe allergic reaction (e.g. anaphylaxis, trouble breathing) to other vaccines or injectable medications/infusions? မုၢ်နအိၣ်ဒီးကသံဉ်တဘၣ်လီာ်ဘၣ်အယိတဲာ်ကဲထီၣ်သးဖးဒိၣ်တမံးမံး (အဒိ. တဲာ်ကဲထီၣ်သးလဲကသံဉ်တဘၣ်လီာ်အယိ, တဲာ်သါကတံာ်) ကသံဉ်ဆဲးကသံဉ် ကသီတဖၣ်/ကသံဉ်ထံကွဲးလဲတဲာ်သ့ၣ်န့ၢ်လီၤအုၣ်သ့ၣ်ကွဲးတဖၣ်ခါ	မုၢ်	တမုၢ်
4. Have you had a severe allergic reaction (e.g. anaphylaxis, trouble breathing) to any component of the vaccine, including lipid nanoparticles or polyethylene glycol (PEG)? မုၢ်နအိၣ်ဒီးကသံဉ်တဘၣ်လီာ်ဘၣ်အယိတဲာ်ကဲထီၣ်သးဖးဒိၣ်တမံးမံး (အဒိ. တဲာ်ကဲထီၣ်သးလဲကသံဉ်တဘၣ်လီာ်အယိ, တဲာ်သါကတံာ်) ကသံဉ်ဒီသအတဲာ်မံးမံး, ဟံယုာ်ဒီးကသံဉ်ထံလံးနဲနဲနဲဖဲထံခါ မုတမုၢ် ဖိလဲသါလဲနံ ကလဲခါခါ	မုၢ်	တမုၢ်
5. Have you received any other vaccine within the past 14 days or are scheduled to receive any vaccine in the next 14 days? မုၢ်နဒီးန့ၢ်ကသံဉ်ဒီသအကလဲအပူၤကွဲာ် ၁၄သီမုတမုၢ် တဲာ်သ့ၣ်ဆဲးဖးကတီၢ်နဲလဲနကဘၣ်လဲဆဲးကသံဉ်ဒီသအလဲ ၁၄သီအံးခါ	မုၢ်	တမုၢ်
6. Have you received convalescent plasma or monoclonal/polyclonal antibody infusions for COVID-19 within the past 90 days? မုၢ်နဒီးန့ၢ်သ့ၣ်ထံဆဲာ်သဝံ မုတမုၢ် မိးနီၤခဲလဲနဲ/ဖိလဲခဲလဲနဲ ကသံဉ်လဲနန့ၢ်ခိအဂီၢ်ကသံဉ်ထံကွဲးလဲတဲာ်သ့ၣ်န့ၢ်လီၤအုၣ်သ့ၣ်ကွဲးလဲ ခါဘဲ-၁၉ အံးလဲ အပူၤကွဲာ် အသီ ၉၀အတီၢ်ပူၤအိၣ်တမံးမံးခါ	မုၢ်	တမုၢ်
7. Are you under age 16? နသးအိၣ် ၁၆န့ၢ်အုၣ်အဖိလဲခါ	မုၢ်	တမုၢ်
8. Are you currently sick? For example, are you currently experiencing fever, chills, cough, shortness of breath, difficulty breathing, fatigue, muscle or body aches, etc? ခဲအံးနဆိးကွဲးခါ အဒိ, ခဲအံးနတုာ်ဘၣ်လဲနလီၤကီၢ်, တဲာ်တကံးန့ၢ်, နကူး, ကသါတလဲကသါ, ကသါကတံာ်, တဲာ်ဘဲးသ့ၣ်ဘဲးသး, ထုာ်ပုၤမုတမုၢ်နီၢ်ခိခါ, ဒီးအကတဖၣ်	မုၢ်	တမုၢ်
9. Do you have a bleeding disorder or are you taking a blood thinner? နအိၣ်ဒီးသ့ၣ်ထံတဘၣ်လီာ်မုတမုၢ် နဒီးန့ၢ်သ့ၣ်ဖျဲၣ်ဆဲးလဲကမၤစၢၤန့ၢ်ခါ	မုၢ်	တမုၢ်
10. Have you tested positive for COVID-19 in the last 10 days? မုၢ်နမၤကွၢ်နသးပူၤလဲနအိၣ်ဒီးခါဘဲ-၁၉အယာ်လဲအပူၤကွဲာ်အသီ ၁၀ခါ	မုၢ်	တမုၢ်
11. Are you currently in quarantine for COVID-19 exposure? ခဲအံးနဘၣ်အိၣ်ယံးဒီးပုၤကိးဂဲဖျိနအိၣ်ဘၣ်ဒီးပုၤလဲအဘၣ်ခါဘဲ-၁၉အံးခါ	မုၢ်	တမုၢ်
12. If this is your second dose, when was the date of your first dose? အဝဲအံးမုၢ်ကသံဉ်ခဲဖျဲၣ်တဖျဲၣ်န့ၢ်, နဆဲးကသံဉ်တတဖျဲၣ်မုၢ်နဲမနဲလဲၣ်	/	/
13. If this is your second dose, which vaccine did you receive (Pfizer, Moderna, etc.)? အဝဲအံးမုၢ်ကသံဉ်ခဲဖျဲၣ်တဖျဲၣ်န့ၢ်, နဒီးန့ၢ်ကသံဉ်တတဖျဲၣ်မနဲလဲၣ် (Pfizer, Moderna, etc.)?		

CONSENT FOR VACCINATION

တဲာ်အာ်လီဟ့ၣ်အခဲးလဲတဲာ်ဆဲးကသံဉ်ဒီသအကီၢ်

ယက/အိၣ်ကွၢ်ကဒါကွၢ်ယတဲာ်စံးဆဲးလဲတဲာ်သံကွၢ်လဲအဖိခိၣ်တဖၣ်အံးဒီးပုၤလဲအဆဲးန့ၢ်ကသံဉ်ဒီသအလဲ, ယမုၢ်တုာ်ဘၣ်တဲာ်တမံးမံးဖဲယဟးထီၣ်ဝဲအလီၢ်ခဲန့ၢ်, ယကဒူးသ့ၣ်ညါဘၣ် ယကသံဉ်သရၣ်လဲအကွၢ်ထွဲယလီၤ, ယကွၢ်စုာ်ကိးဂီၢ်အုၣ်တဲာ်သ့ၣ်အိၣ်လဲတဲာ်ခဲးတဲာ်ယာ်စိကမိးအလံာ်ကွဲး Emergency Use Authorization Fact Sheet လဲအဘၣ်တဲာ်ဟ့ၣ်လီၤ ယလဲတဲာ်နဲအံးန့ၢ်လီၤ, ယနဲဟံးတဲာ်အန့ၢ်ဘျူးတဖၣ်ဒီးတဲာ်ဘၣ်ယိာ်တဖၣ်လဲကသံဉ်ဒီသအအံးအဖိခိၣ်လီၤ.

ကသံဉ်ဒီသအလဲတဲာ်မနီၣ်အိၣ်လဲအဖိခိၣ်အံးကဘၣ်တဲာ်ဟ့ၣ်လီၤအိၣ်လဲအုၣ်ပုၤလဲအမံးအိၣ်ကွဲးအသးလဲယကဟ့ၣ်အိၣ်လဲအတဲာ်ယုဝဲအသိးန့ၢ်လီၤ, ယနဲဟံးလဲယကွၢ်ကဒါကွၢ်တဲာ်ကွဲး နီၣ် Notice of Privacy Practice ဝဲတဲာ်ဆဲးကသံဉ်အကတီၢ်န့ၢ်လီၤ.

မိာ်ဟံး/ပုၤကွၢ်ထွဲကွဲးဖိ/ပုၤဆါလဲကဒီးန့ၢ်ကသံဉ်ဆဲးလီၤမံး _____ မုၢ်နံး _____

FOR ADMINISTRATIVE USE ONLY		VIS Date:			
Vaccine	Date Vaccination and EUA Given:	Route MI R L	Manufacturer	Lot No.	Printed Name and Signature of Vaccine Administrator