Australian Government

COVID-19 VACCINATION

COVID–19 ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် သဘောတူညီချက် ပုံစံ

ဤပုံစံကို မဖြည့်စွက်မီ COVID–19 Vaccine AstraZeneca ကိုဖြစ်စေ သို့မဟုတ် Comirnaty (Pfizer) ကိုဖြစ်စေ သင် အထိုးခံမည့် ကာကွယ်ဆေးနှင့်ပတ်သက်သော အချက်အလက် စာစောင်ကို သင် ဖတ်ရှုပြီးကြောင်း သေချာစေပါ။

COVID–19 ကာကွယ်ဆေး အကြောင်း

COVID–19 ကာကွယ်ဆေး ထိုးထားသည့်လူများတွင် COVID–19 ဟုခေါ်သော ရောဂါဖြင့် နာမကျန်းဖြစ်လာရန် အလွန် နည်းပါးသည့် အခွင့်အလမ်းတစ်ရပ် ရှိပါသည်။

ဩစတြေးလျှနိုင်ငံ၌ အသုံးပြုသည့် ကာကွယ်ဆေး အမှတ်တံဆိပ် နှစ်မျိုးရှိသည်။ နှစ်မျိုးလုံးမှာ ထိရောက်ပြီး ဘေးကင်းသည်။ အသက် ၅၀ အောက် လူကြီးများအတွက် အမှတ်တံဆိပ် တစ်မျိုးမျိုးကို ထိုးပေးနိုင်သော်လည်း AstraZeneca COVID–19 ကာကွယ်ဆေးထက် Comirnaty (Pfizer) ကာကွယ်ဆေးက ပိုသင့်လျော်သည်။

သင် အမှတ်တံဆိပ် အတူတူ ကာကွယ်ဆေးကို နှစ်ကြိမ် ထိုးရန်လိုအပ်သည်။ သင့်အား ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးမည့် သူသည် ဒုတိယ အကြိမ် ကာကွယ်ဆေးကို မည်သည့်အချိန်၌ ထိုးရန်လိုအပ်ကြောင်း ပြောပါမည်။

ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်သူများသည် COVID–19 ကာကွယ်ဆေးများမှာ ဘေးကင်းကြောင်း သေချာစေရန် လေ့လာခဲ့ပြီးဖြစ်ပါသည်။ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုး အများစုမှာ အပျော့စားဖြစ်သည်။ ၎င်းတို့သည် ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့် နေ့၌ စတင်ဖြစ်ပေါ်နိုင်ပြီး ၁–၂ ရက်ခန့် ကြာရှည်နိုင်သည်။ မည်သည့် ကာကွယ်ဆေး သို့မဟုတ် ဆေးဝါးတွင်မဆို ရှားရှားပါးပါး ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများ နှင့်/သို့မဟုတ် မသိရှိရသေးသော ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများ ရှိနိုင်ပါသည်။

AstraZeneca COVID–19 ကာကွယ်ဆေး ပထမ အကြိမ်ထိုးပြီးနောက် ၄–၂၀ ရက်အတွင်း အလွန်အလွန် ရှားရှားပါးပါး ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးဖြစ်သော သွေးခဲမှုဖြစ်ကြောင်း သတင်းပို့ထားသည်။ ၎င်းဘေးထွက်ဆိုးကျိုးကို AstraZeneca COVID–19 ကာကွယ်ဆေး ဒုတိယ အကြိမ်ထိုးပြီးနောက် သို့မဟုတ် Comirnaty (Pfizer) ကာကွယ်ဆေး မည်သည့် အကြိမ်မဆို ထိုးပြီးနောက် မတွေ့ရပါ။ ဤရှားရှားပါးပါး ဘေးထွက်ဆိုးကျိုး အန္တရာယ်နှင့်ပတ်သက်သည့် နောက်ထပ် သတင်းအချက်အလက်များကို 'Information on COVID–19 Vaccine AstraZeneca' အချက်အလက် စာစောင်တွင် ကြည့်ရှုပါ။

အမည် –												
မက်ဒီကဲနံပါတ် –												

အကယ်၍ သင့်တွင် လက်မောင်းနာကျင်ခြင်း၊ ခေါင်းကိုက်ခြင်း၊ ဖျားခြင်းကဲ့သို့ ဘေးထွက်ဆိုးကျိုးများ တစ်စုံတစ်ရာ ရှိပါက သို့မဟုတ် သင်စိုးရိမ်နေသော အခြားဘေးထွက်ဆိုးကျိုးတစ်စုံတစ်ရာရှိပါက သင့်ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်သူကို ပြောပြနိုင်ပါသည်။ ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် သင် မည်သို့ခံစားနေသည်ကို သိရှိရန် ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် တပတ်အတွင်း သင့်အား SMS ဖြင့် ဆက်သွယ်နိုင်ပါသည်။

ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် အချို့လူများသည် COVID-19 ရောဂါကို ရရှိနိုင်ပါသေးသည်။ ထို့ကြောင့် COVID-19 ရောဂါ ပျံ့နှံ့မှုကို တားဆီးရန် သင့် ပြည်နယ် သို့မဟုတ် အုပ်ချုပ်ခံနယ်မြေ၌ သတ်မှတ်ထားသည့်အတိုင်း အများပြည်သူ ကျန်းမာရေး ကြိုတင်သတိထားလုပ်ရမည့်အချက်များကို သင် ဆက်လက်၍ လိုက်နာရမည်လူချင်း ခပ်ခွာခွာ နေပါ – အခြားလူများထံမှ အနည်းဆုံး 1.5 မီတာ အကွာအဝေးတွင် နေပါ

- သင့်လက်များကို ဆပ်ပြာနှင့်ရေဖြင့် သို့မဟုတ် လက်ပိုးသတ်သန့်စင်ဆေးရည်ဖြင့် ပုံမှန် ဆေးကြောပါ
- နှာခေါင်းစည်းတစ်ခု ဝတ်ဆင်ပါ
- အကယ်၍ သင်သည် အအေးမိခြင်းဖြင့် သို့မဟုတ် တုပ်ကွေး-ကဲ့သို့ ရောဂါလက္ခဏာများဖြင့် နေထိုင်မကောင်းဖြစ်လျှင် အိမ်တွင် နေပြီး COVID-19 စစ်ဆေးမှုကို ခံယူရန် စီစဉ်ပါ။

ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးသူများသည် ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း အားလုံးကို ဩစတြေးလျှနိုင်ငံ ကာကွယ်ဆေးထိုး မှတ်ပုံတင်တွင် ဩစတြေးလျှနိုင်ငံ ဥပဒေက သတ်မှတ်ထားသည့်အတိုင်း မှတ်တမ်းတင်ပါသည်။ သင်သည် သင်၏ ကာကွယ်ဆေးထိုးခြင်း မှတ်တမ်းကို အောက်ပါတို့မှတစ်ဆင့် အွန်လိုင်းဖြင့် ကြည့်ရှုနိုင်သည်-

- မက်ဒီကဲ စာရင်း
- MyGov စာရင်း
- MyHealthRecord စာရင်း။

သင် ပေးအပ်သည့် အချက်အလက်များကို မည်သို့အသုံးပြုပုံ

သင်၏ ကိုယ်ရေး အချက်အလက်များကို ကောက်ယူစုဆောင်းပုံ၊ သိမ်းဆည်းပုံနှင့် အသုံးပြုပုံတို့နှင့် ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကို www.health.gov.au/covid19-privacy တွင်ကြည့်ရှုပါ။

သင် ကာကွယ်ဆေး ထိုးမည့်နေ့ရက်၌

သင် ကာကွယ်ဆေး အထိုးမခံမီ သင့်အား ကာကွယ်ဆေး ထိုးပေးမည့်သူအား အကယ်၍ သင့်တွင် အောက်ပါတို့ရှိလျှင် ပြောပြပါ-

- ယခင်ကထိုးခဲ့သော COVID-19 ကာကွယ်ဆေး သို့မဟုတ် ကာကွယ်ဆေး၏ ပါဝင်ပစ္စည်းတစ်ခု သို့မဟုတ် အခြားကာကွယ်ဆေးများ သို့မဟုတ် ဆေးဝါးများကို ဓာတ်မတည့်မှုတစ်ခုခု အထူးသဖြင့် အနာဖိုင်လေ့စစ် (ပြင်းထန်သောဓာတ်မတည့်သည့် တုံ့ပြန်မှုတစ်ခု) ရှိခဲ့လျှင်
- အကယ်၍ သင်သည် ကိုယ်ခံစွမ်းအား နိမ့်ချခံနေရလျှင်။ ဆိုလိုသည်မှာ သင့်တွင် အင်အားချိန်ခဲ့နေသည့် ကိုယ်ခံစွမ်းအား စနစ် ရှိပြီး ၎င်းကြောင့် သင့်အတွက် ရောဂါကူးစက်မှုများနှင့် အခြား ရောဂါများကို တိုက်ဖျက်ရန် ခက်ခဲနိုင်ပါသည်။

အမည် -												
မက်ဒီကဲနံပါတ် -												

- အကယ်၍ သင့်တွင် ယခင်က အင်္ဂလိပ်လို cerebral venous sinus thrombosis ဟုခေါ်သော (ဦးနှောက် သွေးခဲခြင်း အမျိုးအစား) သို့မဟုတ် အင်္ဂလိပ်လို heparin induced thrombocytopenia ဟုခေါ်သော (ဟက်ပရင် ကုသမှုအပေါ် ရှားပါးသည့် ဓါတ်မတည့်မှု) နောက်ကြောင်း ရာဇဝင်ရှိခဲ့လျှင်တို့ဖြစ်သည်။

ဟုတ်	မဟုတ်	
☐	☐	သင့်တွင် တစ်စုံတစ်ခုအပေါ် ပြင်းထန်သော ဓါတ်မတည့်မှု အထူးသဖြင့် အနာဖိုင်လေ့စစ် ရှိပါသလား။
☐	☐	ယခင်က သင့်တွင် ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးနောက် ဓါတ်မတည့် တန်ပြန်မှု တစ်ခု ရှိခဲ့ပါသလား။
☐	☐	သင့်တွင် သွေးဖြူဥအမျိုးအစားတစ်ခုဖြစ်သော mast cell မူမမှန်မှုတစ်ခု ရှိပါသလား။
☐	☐	သင့်တွင် ယခင်က COVID-19 ရောဂါ ရှိခဲ့ပါသလား။
☐	☐	သင့်တွင် သွေးယိုစီးမှုဆိုင်ရာ မူမမှန်ရောဂါတစ်ခု ရှိပါသလား။
☐	☐	သင့်သွေးကျဲရန် ဆေးဝါးတစ်ခုခု (သွေးမခဲစေသည့် ကုထုံးတစ်ခု) သောက်နေရပါသလား။
☐	☐	သင့်တွင် ချိန့်နေသည့် ကိုယ်ခံအားစနစ် (ကိုယ်ခံအားစနစ်ချို့ယွင်းမှု) တစ်ခု ရှိနေပါသလား။
☐	☐	သင်မှာ ကိုယ်ဝန်ရှိပါသလား။
☐	☐	သင့်တွင် ချောင်းဆိုးခြင်း၊ လည်ချောင်းနာခြင်း၊ ကိုယ်ပူအဖျားတက်ခြင်းဖြင့် နေထိုင်မကောင်း ဖြစ်နေပါသလား သို့မဟုတ် အခြား တစ်နည်းနည်းဖြင့် နေထိုင်မကောင်း ဖြစ်နေသလား။
☐	☐	သင် ယခင်က COVID-19 ကာကွယ်ဆေး ထိုးခဲ့ပါသလား။
☐	☐	လွန်ခဲ့သည့် ၁၄ ရက်အတွင်း သင် အခြား ကာကွယ်ဆေးတစ်ခုခု ထိုးခဲ့ပါသလား။

*AstraZeneca COVID-19 ကာကွယ်ဆေးနှင့်သာ သက်ဆိုင်သည်**

☐	☐	သင့်တွင် ယခင်က အင်္ဂလိပ်လို cerebral venous sinus thrombosis ဟုခေါ်သော (ဦးနှောက် သွေးခဲခြင်း အမျိုးအစား) ရှိခဲ့သလား။
☐	☐	သင့်တွင် ယခင်က အင်္ဂလိပ်လို heparin induced thrombocytopenia ဟုခေါ်သော (ဟက်ပရင် ကုသမှုအပေါ် ရှားပါးသည့် ဓါတ်မတည့်မှု) ရှိခဲ့သလား။
☐	☐	သင်သည် အသက် ၅၀ နှစ်အောက် အရွယ်ဟုတ်ပါသလား။

အမည် -												
မက်ဒီကဲနံပါတ် -												

*AstraZeneca COVID-19 ကာကွယ်ဆေးသည် ဤအမျိုးအစား သုံးမျိုးရှိလူများအတွက် အကယ်၍ ၎င်းတို့အနေဖြင့် ကောင်းကျိုးများနှင့် အန္တရာယ်များကို စိစစ်ခဲ့လျှင် သင့်တော်ပါသည်။ ပိုမိုသိရှိလိုသော သတင်းအချက်အလက်များကို 'Information on COVID-19 Vaccine AstraZeneca' အချက်အလက် စာစောင်တွင် ကြည့်ရှုပါ။

လူနာ၏ အချက်အလက်များ

အမည် -	
မက်ဒီကဲနံပါတ် -	
လူပုဂ္ဂိုလ်၏ ကျန်းမာရေးနံပါတ် (IHI) အကယ်၍ သက်ဆိုင်လျှင်	
မွေးသက္ကရာဇ် -	
လိပ်စာ -	
ဆက်သွယ်ရမည့် ဖုန်းနံပါတ် -	
အီးမေးလ် -	
ကျား/မ	

အိမ်ပြော ဘာသာစကား-	
မွေးဖွားရာနိုင်ငံ-	

သင်သည် အဘိုရင်းဂျင်းလူမျိုး နှင့်/သို့မဟုတ် တောရက်ရေလက်ကြား ကျွန်းသား ဖြစ်ပါသလား။

☐ ဟုတ်၊ အဘိုရင်းဂျင်းသက်သက်
☐ ဟုတ်၊ တောရက်စ် ရေလက်ကြား ကျွန်းသားသက်သက်
☐ ဟုတ်၊ အဘိုရင်းဂျင်းနှင့် တောရက်စ် ရေလက်ကြား ကျွန်းသား
☐ မဟုတ်
☐ မဖြေလိုပါ

စပ်ရာ ဆွေမျိုး (အရေးပေါ်ကိစ္စရှိလာလျှင်)	
အမည် -	

အမည် -	
မက်ဒီကဲနံပါတ် -	

စပ်ရာ ဆွေမျိုး (အရေးပေါ်ကိစ္စရှိလာလျှင်)	
ဆက်သွယ်ရမည့် ဖုန်းနံပါတ် -	

COVID-19 ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် သဘောတူညီချက်

☐ ကျွန်ုပ်သည် ကျွန်ုပ်အား ပေးအပ်သည့် COVID-19 ကာကွယ်ဆေးနှင့်ပတ်သက်သော သတင်းအချက်အလက်များကို လက်ခံရရှိပြီး နားလည်ခဲ့ကြောင်း ကျွန်ုပ် အတည်ပြုပါသည်။

☐ အထက်ဖော်ပြပါ မည်သည့်ရောဂါမျှ မရှိကြောင်း ကျွန်ုပ် အတည်ပြုပါသည် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်သည် ဤကိစ္စများ နှင့်/သို့မဟုတ် အခြား အထူး အခြေအနေတစ်ရပ်ရပ်ကို ကျွန်ုပ်၏ ပုံမှန် ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်ပေးသူ နှင့်/သို့မဟုတ် ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးသူနှင့် ဆွေးနွေးခဲ့ပြီးဖြစ်ပါသည်။

☐ ကျွန်ုပ်သည် COVID-19 ကာကွယ်ဆေး (အတူတူ ကာကွယ်ဆေး နှစ်ကြိမ်ထိုးရန်) ကို ထိုးရန် သဘောတူပါသည်။

လူနာအမည် -	
လူနာလက်မှတ် -	
နေ့စွဲ -	

☐ ကျွန်ုပ်သည် လူနာ၏အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် အစားထိုးခန့်ထားသည့် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်သူဖြစ်ပြီး အထက်အမည်ပါလူနာအား COVID-19 ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးရန် သဘောတူပါသည်။

အုပ်ထိန်းသူ/အစားထိုးခန့်ထားသည့် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်သူ အမည် -	
အုပ်ထိန်းသူ/အစားထိုးခန့်ထားသည့် ဆုံးဖြတ်ချက်ချမှတ်သူ လက်မှတ် -	
နေ့စွဲ -	

ဆေးထိုးပေးသူ အသုံးပြုရန်အတွက်

ထိုးဆေး 1 -

ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးသည့် နေ့စွဲ -	
ထိုးပေးသည့် အချိန် -	
ထိုးပေးသည့် COVID-19 ကာကွယ်ဆေး အမှတ်တံဆိပ် -	
အသုတ်နံပါတ် -	
အမှတ်စဉ်နံပါတ် -	

အမည် -												
မက်ဒီကဲနံပါတ် -												

ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးသည့် နေ့စွဲ -	
ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်နေရာ -	
ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးသည့်ဌာန အမည် -	

ထိုးဆေး 2

ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးသည့် နေ့စွဲ -	
ထိုးပေးသည့် အချိန် -	
ထိုးပေးသည့် COVID-19 ကာကွယ်ဆေး အမှတ်တံဆိပ် -	
အသုတ်နံပါတ် -	
အမှတ်စဉ်နံပါတ် -	
ကာကွယ်ဆေးထိုးသည့်နေရာ -	
ကာကွယ်ဆေးထိုးပေးသည့်ဌာန အမည် -	

နောက်ဆုံးအကြိမ် ပြင်ဆင်သည့်ရက်စွဲ- ၂၀၂၁ ခုနှစ် ဧပြီလ ၂၂ ရက်

အမည် -												
မက်ဒီကဲနံပါတ် -												