Massachusetts Immunization Information System

# MIIS

## ការចែករំលែកព័ត៌មាននៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់អ្នក ទម្រង់បែបបទនៃការជំទាស់ (ឬការដកហូតការជំទាស់)

ប្រព័ន្ធព័ត៌មាននៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគនៅរដ្ឋម៉ាសាជូសេត (Massachusetts Immunization Information System, MIIS) រក្សាទុកកំណត់ត្រានៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគទាំងអស់ ដែលវេជ្ជបណ្ឌិត និងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្តល់ជូនអ្នកជំងឺនៅរដ្ឋម៉ាសាជូសេត។ ប្រព័ន្ធនេះត្រូវបានបង្កើតឡើងស្របទៅតាមច្បាប់រដ្ឋ (M.G.L c. 111, Section 24M) ហើយត្រូវបានប្រតិបត្តិដោយក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈនៃរដ្ឋម៉ាសាជូសេត (Massachusetts Department of Public Health, MDPH)។

ព័ត៌មានទាំងអស់ក្នុង MIIS ត្រូវបានរក្សាការសម្ងាត់ក្នុងចំណោមអ្នកថែទាំសុខភាព និងអ្នកអាជីពផ្សេងទៀតដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ។ ច្បាប់អនុញ្ញាតឲ្យចែករំលែកព័ត៌មានក្នុងចំណោមវេជ្ជបណ្ឌិត និងគិលានុប្បដ្ឋាក ដែលផ្តល់ការថែទាំជូនអ្នក, គិលានុប្បដ្ឋាកនៅសាលារៀន, ក្រមប្រឹក្សាសុខភាពតាមមូលដ្ឋាន និងបុគ្គលិកនៅទីភ្នាក់ងាររដ្ឋ**ដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគ** (រួមបញ្ចូលទាំងកម្មវិធី WIC)។ ជាឧទាហរណ៍ វាអនុញ្ញាតឲ្យវេជ្ជបណ្ឌិតថ្មីណាម្នាក់អាចពិនិត្យមើលប្រភេទថ្នាំ ដែលវេជ្ជបណ្ឌិតដទៃៗទៀត បានចាក់ឲ្យអ្នកកាលពីអតីតកាល។ វាអនុញ្ញាតឲ្យគិលានុប្បដ្ឋាកនៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់ដែលមិនធ្លាប់ជួបអ្នកពីមុនពិនិត្យ MIIS ដើម្បីមើលថាតើអ្នកធ្លាប់បានចាក់ថ្នាំអ្វីខ្លះ។ កំណត់ត្រារបស់អ្នកនឹងត្រូវបានបម្រុងជូនតែបណ្តាអ្នកដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការថែទាំរបស់អ្នក ដែលមានមូលហេតុដើម្បីដឹងអំពីព័ត៌មាននោះប៉ុណ្ណោះ។

អ្នកប្រហែលជា**មិន**ចង់ចែករំលែកប្រវត្តិនៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់អ្នកតាមវិធីនេះ។ ប្រសិនបើដូច្នោះមែន សូមគូសប្រអប់ជាប់នឹងពាក្យថា "ខ្ញុំជំទាស់" ខាងក្រោម ហើយបំពេញព័ត៌មាននៅខាងខ្នងនៃទម្រង់បែបបទនេះ។ បន្ទាប់មក សូមប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះជូនវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ឬផ្ញើតាមទូរសារ ឬសំបុត្រទៅក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈ តាមលេខទូរសារ ឬតាមអាសយដ្ឋាន ដែលបានផ្តល់ជូនលើទំព័រខាងខ្នងនៃទម្រង់បែបបទនេះ។ ប្រសិនបើអ្នកជំទាស់ នោះព័ត៌មាននៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់អ្នកនឹងនៅតែស្ថិតក្នុង MIIS ក៏ប៉ុន្តែ មានតែអ្នកផ្តល់សេវាដែលចាក់ថ្នាំជូនអ្នក និងក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈប៉ុណ្ណោះ អាចមើលវាបាន។ សូមកត់សម្គាល់ថា ៖ **អ្នក**នឹងត្រូវការរក្សាទុកនូវកំណត់ត្រានៃការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគរបស់អ្នក ឬរបស់កូនអ្នក សម្រាប់ករណីដែលអ្នកត្រូវផ្លាស់ប្តូរវេជ្ជបណ្ឌិត ឬត្រូវទៅទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគពីអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពណាម្នាក់ផ្សេងទៀត នៅក្នុងសហគមន៍របស់អ្នក។

បើអ្នកបានផ្លាស់ប្តូរចិត្តរបស់អ្នក ឬបើអ្នកនឹងផ្លាស់ប្តូរចិត្តរបស់អ្នកនាពេលអនាគត ហើយសម្រេចថា ចង់ចែករំលែកព័ត៌មាននោះជាមួយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពបន្ថែមទៀត នោះសូមគូសប្រអប់ជាប់នឹងពាក្យថា "ខ្ញុំដកហូតការជំទាស់ពីមុនរបស់ខ្ញុំ" ខាងក្រោម ហើយប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះជូនទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត (ឬ MDPH)។

---

**ឈ្មោះ ៖** _____

☐ **ខ្ញុំជំទាស់**ចំពោះការចែករំលែកព័ត៌មានក្នុង MIIS ស្តីអំពីខ្ញុំ ឬអំពីកូនរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំដឹងថា ការធ្វើដូច្នេះនឹងមិនអាចឲ្យវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំឬរបស់កូនខ្ញុំ ឬអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀតពិនិត្យ MIIS ដើម្បីរកព័ត៌មានស្តីអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគពីមុនៗ ដែលបានធ្វើឡើងដោយអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀតឡើយ។ ខ្ញុំក៏ដឹងទៀតថា ការជំទាស់នេះនឹងមិនបណ្តាលឲ្យកូនរបស់ខ្ញុំ ឬរូបខ្ញុំ មិនអាចទទួលការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគនោះឡើយ។

☐ **ខ្ញុំដកហូតការជំទាស់ពីមុនរបស់ខ្ញុំក្នុងការចែករំលែ**ព័ត៌មានអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគក្នុង MIIS ស្តីអំពីខ្ញុំ ឬអំពីកូនរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំដឹងថា តាមរយៈការចុះហត្ថលេខា និងការប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះ នោះ MIIS នឹងអាចចែករំលែកព័ត៌មានអំពីការចាក់ថ្នាំបង្ការរោគជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់ខ្ញុំឬរបស់កូនខ្ញុំ ឬក៏អ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពផ្សេងៗទៀត ហើយនិងមនុស្សផ្សេងៗទៀត ដែលបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់ឲ្យមើលព័ត៌មាននេះ។

**-តទៅទំព័រខាងខ្នង -**

**ព័ត៌មានអំពីបុគ្គល ឬកូន** (ព័ត៌មាននេះគឺចាំបាច់ ដើម្បីសម្គាល់អត្តសញ្ញាណរបស់អ្នក ឬរបស់កូនអ្នក ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ)

ឈ្មោះ ៖ _____

ត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត ៖ _____ ឈ្មោះរបស់ម្តាយកាលពីក្រមុំ ៖ _____

MM/DD/YYYY សម្រាប់ក្មេងអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ។

ភេទ ៖ _____ លេខទូរស័ព្ទ ៖ (_____) _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវ ៖ _____

ទីក្រុង ៖ _____ រដ្ឋ ៖ _____ លេខសុំ្ទបកូដ ៖ _____

**ប្រសិនបើទម្រង់បែបបទនេះត្រូវបានបំពេញសម្រាប់ក្មេងអាយុក្រោម 18 ឆ្នាំ នោះសូមផ្តល់ព័ត៌មានទំនាក់ទំនងរបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ៖**

ឈ្មោះ ៖ _____

ត្រកូល នាមខ្លួន នាមកណ្តាល

ទំនាក់ទំនងជាមួយក្មេង ៖ _____ លេខទូរស័ព្ទ ៖ (_____) _____

អាសយដ្ឋានផ្លូវ ៖ _____

ទីក្រុង ៖ _____ រដ្ឋ ៖ _____ លេខសុំ្ទបកូដ ៖ _____

**ហត្ថលេខារបស់បុគ្គល ឬរបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល ៖**

ហត្ថលេខា ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ ៖ _____

**សូមប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះជូនទៅអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក។ ម្យ៉ាងទៀត អ្នកអាចប្រគល់ទម្រង់បែបបទនេះ ដោយផ្ទាល់ជូនទៅក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈ តាមអាសយដ្ឋានខាងក្រោមក៏បាន ៖**

Massachusetts Immunization Information System (MIIS)
Immunization Program
Massachusetts Department of Public Health
305 South Street
Jamaica Plain, MA 02130
ទូរសារ ៖ 617-983-4301

**សម្រាប់តែអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពប្រើប្រាស់ប៉ុណ្ណោះ**

**Health Care Provider Use Only:** Please enter your contact information, mail or fax a copy of **both pages** of the form to MDPH, and keep the original for your records:

Facility or Practice Name:_____

PIN #:_____ _____ _____ _____ _____ Phone: (_____) _____

☐Check this box if you have changed the Data Sharing Status in the MIIS for the above mentioned individual.