# ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19 ສຳ​ລັບ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ອາ​ຍຸ 6 ເດືອນ ຫາ 5 ປີ: ຂໍ້​ມູນ​ສຳ​ລັບ​ພໍ່​ແມ່​ແລະ​ຜູ້​ປົກ​ຄອງ

​ອັບ​ເດດ​ຄັ້ງ​ລ່າ​ສຸດ: 22 ສິງ​ຫາ 2022

ກ່ຽວ​ກັບ​ຢາ​ວັກ​ຊີນນີ້

ຢາ​ວັກ​ຊີນ **Spikevax (ອາ​ຍຸ 6 ເດືອນ ຫາ 5 ປີ) (Moderna)** COVID-19 ສາ​ມາດ​ປ້ອງ​ກັນ​ເດັກ​ນ້ອຍບໍ່​ໃຫ້​ເກີດ​ການເຈັບ​ປ່ວຍ​ຮ້າຍ​ແຮງ​ຈາກ COVID-19. ເດັກ​ນ້ອຍ​ຄວນ​ໄດ້​ຮັບ​ຢາ 2 ໂດ​ສ​ຂອງວັກ​ຂີນນີ້, ໂດຍ​ສັກ​ລະ​ຍະ​ຫ່າງ​ກັນ 8 ອາ​ທິດ. ຢາ​ວັກ​ຊີນ​​ສຳ​ລັບ​ເດັກ​ນ້ອຍອາ​ຍຸ 6 ເດືອນ ຫາ 5 ປີ ບັນ​ຈຸ​ປະ​ລິ​ມານ​ເຄິງ​ໜຶ່ງ​ຂອງ​ໂດ​ສ​ທີ່​ສັກ​ໃຫ້​ເດັກ​ນ້ອຍ​ອາ​ຍຸ 6 ປີ ແລະ ໃຫຍ່ກວ່ານັ້ນ.

ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19 ບໍ່​ມີ​ສ່ວນ​ປະ​ກອບ​ຂອງ​ເຊື້ອ​ໄວ​ຣັ​ສ​ທີ່​ມີ​ຊີ​ວິດ​ແ​ລະບໍ່​ສາ​ມາດ​ກໍ່​ໃຫ້​ເກີດ COVID-19 ໄດ້. ມັນ​ປະ​ກອບ​ດ້ວຍ​ລະ​ຫັດ​ພັນ​ທຸ​ກຳ​ຂອງ​ພາກ​ສ່ວນ​ທີ່​ສຳ​ຄັນ ຂອງເຊື້​ອ​ໄວ​ຣັ​ສ SARS-CoV-2 ​ທີ່​ເອີ້ນ​ວ່າ​ໜາມ​ໂປ​ຣ​ຕີນ. ຫຼັງ​ຈາກ​ໄດ້​ຮັບ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ແລ້ວ, ຮ່າງ​ກາຍ​ຂອງ​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ຈະ​ເຮັດ​ກອ​ບ​ປີ້​ເອົາ​ໜາມ​ໂປ​ຣ​ຕີນນີ້. ລະ​ບົບ​ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ຂອງ​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ຈະ​ຮຽນ​ຮູ້​ທຳ​ຄວາມ​ຮູ້​ຈັກແລະ​ຕໍ່​ສູ້​ກັບ​ເຊື້ອ​ໄວ​ຣັ​ສ SARS-CoV-2, ເຊິ່ງ​ເປັນ​ໄວ​ຣັ​ສ​ທີ່​ກໍ່​ໃຫ້​ເກີດ COVID-19. ຮ່າງ​ກາຍ​ຈະ​ເຮັດ​ໃຫ້​ລະ​ຫັດ​ພັນ​ທຸ​ກຳ​ນັ້ນ​ສະຫຼາຍ​ຕົວລົງ​ຢ່າງວ່ອງ​ໄວ.

​ການ​ສັກ​ວັກ​ຊີນ​ແມ່ນ​ເປັນ​ການ​ສະ​ໝັກ​ໃຈ​ແລະ​ຟ​ຣີ. ທ່ານ​ສາ​ມາດ​ປຶກ​ສາ​ເລື່ອງ​ຄວາມ​ກັງ​ວົນຫຼືຄຳຖາມ​ໃດໆ​ທີ່​ທ່ານ​ມີ​ ກັບ​ຜູ້​ສັກ​ຢາ​ໃຫ້ ຫຼື ທ່ານ​ໝໍ GP ຂອ​ງ​ທ່າ​ນກ່ອນທີ່​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ສັກ​ວັກ​ຊີນ.

ຜົນ​ປະ​ໂຫຍດ​ຈາກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ

ເຖິງ​ແມ່ນ​ວ່າ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ສ່ວນ​ໃຫຍ່​ທີ່​ມີ COVID-19 ຈະ​​ເຈັບປ່ວຍ​ແຕ່​ພຽງ​ເບົາ​ບາງ, ເດັກ​ນ້ອຍ​ບາງ​ຄົນ​ອາດ​ຈະເຈັບ​ປ່ວຍ​ໜັກ​ໄດ້. ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ພາ​ວະ​ທາງ​ສຸ​ຂະ​ພາບທີ​ຊັບ​ຊ້ອນ, ມີ​ພາ​ວະ​ທາງ​ສຸ​ຂະ​ພາບຫຼາຍ​ຢ່າງ, ມີ​ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ບົກ​ພ່ອງ​ຢ່າງ​ແຮງ, ແລະ​ມີ​ຄວາມ​ພິ​ການ​ທີ່​ມີ​ຄວາມ​ຕ້ອງ​ການ​ດ້ານ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ທີ່​ຊັບ​ຊ້ອນ ມີ​ຄວາມ​ສ່ຽງ​ສູງ​ຂຶ້ນ​ທີ່​ຈະ​ເກີດ​ການ​ເຈັບ​ປ່ວຍ​ຮ້າຍ​ແຮງ ຫຼື ຕ້ອງ​ໄດ້​ເຂົ້າ​ໂຮງ​ໝໍ ຖ້າ​ວ່າ​ເຂົາ​ເຈົ້າ​ຕິດ COVID-19.

ການ​ທົດ​ລອງ​ທາງ​ຄ​ລີ​ນິກ​ໄດ້​ສະ​ແດງ​ໃຫ້​ເຫັນ​ວ່າ ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19 ໃຫ້​ການ​ປົກ​ປ້ອງ​ບາງ​ສ່ວນ​ຕໍ່​ການ​ຕິດ​ເຊື້ອ​ຈາກ​ສາຍ​ພັນ​ Omicron ຂອງ SARS-CoV2. ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ປະ​ກອບ​ສ່ວນ​ໃນ​ການ​ທົດ​ລອງ​ທີ່​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນນີ້ ມີ​ແນວ​ໂນ້ມນ້ອຍ​ລົງ 35% ເຖິງ 52% ທີ່​ຈະ​ຕິດ COVID-19 ກວ່າ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່ບໍ່​ໄດ້​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ.

​ການ​ປົກ​ປ້ອງ​ຈາກ COVID-19 ຈະ​ເລີ່ມ​ຂຶ້ນ​ປະ​ມານ 2 ຫາ 3 ອາ​ທິດ ຫຼັງ​ຈາກ​ສັກຢາ​ໂດ​ສ​ທຳ​ອິດ. ໃນ​ຂະ​ນະ​ທີ່​ຢາ​ໂດ​ສ​ໜຶ່ງ​ອາດ​ຈະ​ໃຫ້​ການ​ປົກ​ປ້ອງໄດ້​ບາງ​ລະ​ດັບ, ມັນອາດ​ຈະ​ກຸ້ມ​ຢູ່​ໄດ້​ເປັນ​ລະ​ຍະ​ສັ້ນ. ຢາ​ສອງ​ໂດ​ສ​ຈະ​ເຮັດ​ໃຫ້​ການ​ປົກ​ປ້ອງ​ດີ​ຂຶ້ນ.

ມັນ​​ເປັນ​ໄປ​ໄດ້ວ່າ​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ອາດ​ຈະ​ຍັງ​ສາ​ມາດ​ເຈັບ​ປ່ວຍ​ຍ້ອນ COVID-19 ໄດ້ ຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ວັກ​ຊີນ​ແລ້ວ. ແຕ່​ວ່າ ຫຼັກ​ຖານ​ສະ​ແດງ​ໃຫ້​ເຫັນ​ວ່າ​ຜູ້​ທີ່​ໄດ້​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ມີ​ແນວ​ໂນ້ມ​ນ້ອຍ​ລົງ​ຫຼາຍວ່າ​ຈະ​ເຈັບ​ປ່ວຍ​ຮ້າຍ​ແຮງ​ຍ້ອນ COVID-19 ຫຼື​ຕ້ອງ​ໄດ້​ໄປໂຮງ​ໝໍ.

ຄວາມ​ປອດ​ໄພ​ຂອງ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ

​ຄວາມ​ປອດ​ໄພ​ຂອງ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19 ແມ່ນ​ໄດ້​ຖືກ​ທົດ​ລອງ​ກັບ​ເດັກ​ນ້ອຍກວ່າ 5,500 ຄົນ ທີ່​ມີ​ອາ​ຍຸ 6 ​ເດືອນ ຫາ 5 ປີ ໃນ​ການ​ທົດ​ລອງທາງຄ​ລີ​ນິກຄັ້ງ​ໜຶ່ງ. ການ​ທົດ​ລອງ​ດັ່ງ​ກ່າວ​ໄດ້​ສະ​ແດງ​ໃຫ້​ເຫັນ​ວ່າ​ຢາ​ວັກ​ຊີນນີ້​ປອດ​ໄພ​ສຳ​ລັບ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ອາ​ຍຸ 6 ເດືອນ ຫາ 5 ປີ. ​ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງ​ສ່ວນ​ໃຫຍ່​ກໍ​ເປັນ​ຢູ່​ໃນ​ລະ​ດັບ​ເບົາ​ບາງ​ຫາ​ລະ​ດັ​ບ​ກາງ.

ການ​ເປັນ​ໄຂ້​ແມ່ນ​ພົບ​ໃນ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ອາ​ຍຸນີ້ຫຼາຍກວ່າ​ກຸ່ມ​ເດັກ​​ທີ່​ມີ​ອາ​ຍຸ​ໃຫຍ່ກວ່າແລະ​ໃນ​ກຸ່ມ​ຜູ້​ໃຫຍ່. ​ຮອດ​ຈຳ​ນວນ​ໜຶ່ງ​ໃນ​ສີ່​ຂອງເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີອາ​ຍຸ 6 ເດືອນ​ຫາ 5 ປີ ​ໄດ້​ຖືກ​ລາຍ​ງານ​ວ່າ​ເປັນ​ໄຂ້ຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna. ການ​ເປັນ​ໄຂ້​ໃນ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ສ່ວນ​ໃຫຍ່​ແມ່ນ​ເກີດ​ຂຶ້ນ​ພາຍ​ໃນ 2 ມື້​ຂອງ​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ ແລະ ເປັນ​​ໜຶ່ງມື້.

ນອກ​ຈາກເປັນ​ໄຂ້​ແລ້ວ, ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງ​ພາຍ​ໃນ​ໜຶ່ງ​ຫາ 2 ມື້ຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ແມ່ນ​ມີ​ນ້ອຍກວ່າ​ນ້ອຍ​ໜຶ່ງ​ໃນ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ທີ່​ມີ​ອາ​ຍຸ 6 ເດືອນ ຫາ 5 ປີ ເມື່ອ​ທຽບ​ກັບ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ທີ່​ໃຫຍ່ກວ່າ, ກຸ່ມ​ໄວ​ລຸ້ນ ແລະ ຜູ້​ໃຫຍ່​ທີ​​ຍັງ​ໜຸ່ມທີ່​ໄດ້​ຮັບ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19. ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງ​ທີ່​ພົບ​ເຫັນຫຼາຍ​ທີ່​ສຸດ​ໃນ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ອາ​ຍຸ 2 ຫາ 5 ປີແມ່ນ​ເຈັບ​ຢຸ່​ບ່ອນ​ສັກ​ຢາ (ມີ​ຜົນ​ກັບເດັກ​ນ້ອຍ 77% ຫາ 84%). ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງ​ທີ່​ພົບ​ເຫັນຫຼາຍ​ທີ່​ສຸດ​ໃນ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ແລະ​ເດັກ​ທີ່​ພວມ​ຍ່າງ​ທີ່​ມີ​ອາ​ຍຸ​ 6 ຫາ 23 ເດືອນ ແມ່ນ​ມີ​ອາ​ການ​ຫງຸດ​ຫງິດ ແລະ/ຫຼື ໄຫ້​ (ມີ​ຜົນ​ກັບ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ແລະ​ເດັກ​ທີ່​ພວມ​ຍ່າງ 82%).

ຖ້າ​ວ່າ​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ຮູ້​ສຶກ​ຢູ່ບໍ່​ສະ​ບາຍ ຫຼື ເປັນ​ໄຂ້ຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ, ທ່ານ​ສາ​ມາດ​ເອົາ​ຢາ​ທີ່​ຂາຍ​ຕາມ​​ຮ້ານ​ເຊັ່ນ​ຢາ paracetamol ຫຼື ibuprofen ໃຫ້​ເຂົາ​ເຈົ້າ​ກິນ ຕາມ​ຄວາມ​ເໝາະ​ສົມ. ​ຕາມ​ປົກ​ກະ​ຕິ ເດັກ​ນ້ອຍບໍ່​ຈຳ​ເປັນ​ຕ້ອງ​ໄປ​ຫາ​ໝໍ​ສຳ​ລັບ​ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງ​ເບົາ​ບາງນີ້ ຫຼັງ​ຈາກ​ໄດ້​ຮັບ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19.

ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19 ບາງ​ຊະ​ນິດ, ລວມ​ເຖິງ Moderna, ມີ​ຄວາມ​ສ່ຽງ​ທີ່​ເກີດ​ຂຶ້ນ​ຍາກຫຼາຍ​ໃນ​ການ​ເປັນ​ຫົວ​ໃຈ​ອັກ​ເສບ (ເອີ້ນ​ວ່າ ພາ​ວະ​ກ້າມ​ຊີ້ນ​ຫົວ​ໃຈ​ອັກ​ເສບ ຫຼື ເຍື່ອ​ຫຸ້ມ​ຫົວ​ໃຈ​ອັກ​ເສບ). ພາ​ວະ​ດັ່ງ​ກ່າວນີ້​ຈະ​ພົບ​ເຫັນ​ເປັນ​ສ່ວນ​ໃຫຍ່​ໃນ​ກຸ່ມ​ໄວ​ລຸ້ນ​ແລະ​ຜູ້​ໃຫຍ່​ທີ່​ມີ​ອາ​ຍຸ​ໜຸ່ມ, ແລະ ພົ​ບ​ເຫັນ​ຍາກຫຼາຍ​ໃນ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ອາ​ຍຸ​ຕ່ຳ​ກວ່າ 12 ປີ. ກາດ​ທົດ​ລອງ​ທາງ​ດ້ານ​ຄ​ລີ​ນິກ​ຂອງ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ອາ​ຍຸ 6 ເດືອນ​ຫາ 5 ປີ ຍັງ​ບໍ່​ທັນ​ມີ​ຜູ້​ເຂົ້າ​ຮ່ວມ​ຫຼາຍພຽງ​ພໍ​ທີ່​ຈະ​ປະ​ເມີນ​ອັດ​ຕາ​ຂອງ​ການ​ເປັນພະ​ຍາດ​ຫົວ​ໃຈ​ອັກ​ເສບຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19. ປະ​ໂຫຍດ​ທີ່​ໄດ້​ຈາກ​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ຖືກ​ເຫັນ​ວ່າ​ມີຫຼາຍກວ່າ​ຄວາມ​ສ່ຽງ​ທີ່​ອາດ​ມີ​ຂຶ້ນ​ສຳ​ລັບ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ແລະ​ເດັກ​ທີ່​ຢູ່​ໃນ​ກຸ່ມ​ອາ​ຍຸນີ້ ເຊິ່ງ​ມີ​ຄວາມ​ສ່ຽງ​ສູງ​ຂຶ້ນ​ທີ່​ຈະ​ເຈັບ​ປ່ວຍ​ຮ້າຍ​ແຮງຈາກ COVID-19.

Therapeutic Goods Administration (TGA) ປະ​ເມີນ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ທຸກໆ​ຊະ​ນິດ​ໃນ​ອອ​ສ​ເຕ​ຣ​ເລັຍ. ກ່ອນ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ຊະ​ນິດ​ໜຶ່ງ​ຈະ​ຖືກ​ອະ​ນຸ​ມັດ, TGA ຕ້ອງ​ປະ​ເມີນ​ວ່າ​ຢາວັກ​ຊີນນັ້ນ​ປອດ​ໄພ, ໃຊ້​ໄດ້​ຜົນ ແລະ ຖືກ​ຜະ​ຫຼິດ​ມາ ດ້ວຍ​ມາດ​ຕະ​ຖານ​ທີ່ສູງຫຼາຍ. ​ການ​ບັນ​ລະ​ຍາຍ​ຂັ້ນ​ຕອນ​ການ​ອະ​ນຸ​ມັດ​ບັນ​ດາ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19 ມີ​ໄວ້​ໃຫ້​ທີ່: [www.tga.gov.au](http://www.tga.gov.au).

ຄວາມ​ປອດ​ໄພ​ຂອງ​ບັນ​ດາ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19 ໄດ້​ຖືກ​ຕິດ​ຕາມ​ເບິ່ງ​, ແລະ​ຈະ​​ຖືກສືບ​ຕໍ່​ຕິດ​ຕາມ, ຕະຫຼອດ​

ລະ​ຍ​ະ​ໂຄງ​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19, ລວມ​ເຖິງ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ຂອງ​ເດັກ​ນ້ອຍ.

ແມ່ນ​ໃຜ​​ບໍ່ຄວນ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ສັກ​ວັກ​ຊີນນີ້?

ລູກ​ຂອງ​ທ່ານບໍ່​ຄວນ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ສັກ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19 ຖ້າ​ວ່າ​ເຂົາ​ເຈົ້າ​ມີ:

* **ອາ​ການ​ພູມ​ແພ້​ຢ່າງ​ຮ້າຍ​ແຮງ** (ປະ​ຕິ​ກິ​ລີ​ຍາ​ພູມ​ແພ້​ຢ່າງ​ຮ້າຍ​ແຮງ​ຊະ​ນິດ​ໜຶ່ງ) ຕໍ່ [​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ mRNA ໂດ​ສ​ກ່ອນ](https://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/covid-19-vaccines/advice-for-providers/clinical-guidance/contraindications-and-precautions) (ໝາຍ​ເຖິງ, ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna ຫຼື Pfizer COVID-19)
* **ອາ​ການ​ພູມ​ແພ້​ຢ່າງ​ແຮງຫຼັງ​ຈາກ​ທີ່​ໄດ້​ສຳ​ຜັດ​ກັບ​ສິ້ນ​ສ່ວນ​ໃດ​ໜຶ່ງ​ຂອງ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ**, ລວມ​ເຖິງ polyethylene glycol (PEG)
* **ອາ​ການ​ສົນ​ທີ່​ຮ້າຍ​ແຮງ​ອື່ນໆ** ເຊິ່ງ​ຜູ້​ໃຫ້​ການ​ສັກ​ຢາ​ທີ່​ມີ​ປະ​ສົບ​ການ​ແລະ​ເຈົ້າ​ໜ້າ​ທີ່​ຊ່ຽວ​ຊານ​ທາງ​ແພດ​ໄດ້​ຢັ້ງ​ຢືນ​ວ່າ​ມັນ​ເກີດ​ຂຶ້ນ​ຍ້ອນ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ໂດ​ສ​ກ່ອນ ຂອງ ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19, ໂດຍບໍ່​ສາ​ມາດ​ລະ​ບຸ​ສາ​ເຫດ​ອື່ນ​ໄດ້.

ການ​ລະ​ມັດ​ລະ​ວັງ​​ສຳ​ລັບການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ

ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ພາ​ວະ​ທາງ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ບາງ​ຢ່າງ​ຕ້ອງ​ມີ​ຄວາມ​ລະ​ມັດ​ລະ​ວັງ​ເພີ່ມ​ເຕີມຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ, ເຊັ່ນ​ຕ້ອງຢູ່​ຕໍ່ 30 ນາ​ທີ​ເພື່ອ​ສັງ​ເກດ​ອາ​ການຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ ຫຼື ເພື່ອ​ປຶກ​ສາ​ແພດ​ຊ່ຽວ​ຊານ​ດ້ານ​ພູມ​ແພ້. ​ໃຫ້​ບອກ​ຜູ້​ສັກ​ຢາ​ໃຫ້ຮູ້ ຖ້າ​ວ່າ​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານເຄີຍ​ມີ​ອາ​ການ​ດັ່ງ​ນີ້:

* **ປະ​ຕິ​ກິ​ລິ​ຍາ​ພູມ​ແພ້​ຕໍ່​ການ​ສັກ​ຢາ​ໂດ​ສ​ກ່ອນ** ຫຼື ຕໍ່​ພາກ​ສ່ວນ​ໜຶ່ງ​ຂອ​ງ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19
* **ອາ​ການ​ພູມ​ແພ້​ຢ່າງ​ຮ້າຍ​ແຮງ​ຕໍ່​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ອື່ນໆຫຼື​ຢາ​ປົວ​ພະ​ຍາດ​ອື່ນໆ.** ຜູ້​ສັກ​ຢາ​ໃຫ້​ທ່ານ​ສາ​ມາດກວດ​ເບິ່ງ​ເພື່ອ​ໃຫ້​ໝັ້ນ​ໃຈ​ວ່າ​ບໍ່​ມີສ່ວນ​ປະ​ກອບ​ທີ່​ຄື​ກັນ​ໃນ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19 ທີ່​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ກຳ​ລັງຈະ​ໄດ້​ຮັບ
* **ຖືກ​ແພດ​ບົ່ງ​ມະ​ຕິ​ວ່າ​ເປັນ​ພະ​ຍາດ​ພູມ​ແພ້​ທີ່​ເອີ້ນ​ວ່າ mastocytosis** ໂດຍ​ມີ​ອາ​ການ​ພູມ​ແພ້​ຮ້າຍ​ແຮງ​ທີ່​ເກີດ​ຂຶ້ນ​ຊ້ຳ​ກັນ​ເຊິ່ງ​ຕ້ອງ​ໄດ້​ປິ່ນ​ປົວ.

ໃຫ້​ບອກ​ຜູ້​ສັກ​ຢາ​ໃຫ້​ຮູ້ **ຖ້າ​ວ່າ​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ມີ​​ອາ​ການເລື່ອດ​ອອກ​ຜິ​ດ​ປົກ​ກະ​ຕິ**ຫຼື​ກຳ​ລັງ**ກິນ​ຢາ​ເຮັດ​ໃຫ້​ເລືອດ​ໃສ** (ຢາ​ຕ້ານ​ເລືອດບໍ່​ໃຫ້​ເປັນ​ກ້ອນ).

## ​ສະ​ພາບ​ການ​ພິ​ເສດ​ທີ່​ຕ້ອງ​ປຶກ​ສາ​ກ່ອນ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ

### ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ພະ​ຍາດ​ທາງ​ຫົວ​ໃຈ

ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ປະ​ວັດ​ຂອງ​ພະ​ຍາດ​ຫົວ​ໃຈ​ໃດ​ໜຶ່ງ​ທີ່​ກ່າວ​ໄວ້​ຂ້າງ​ລຸ່ມ​ສາ​ມາດ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19, ແຕ່​ວ່າ​ທ່ານ​ຕ້ອງ​ຂໍ​ຄຳ​ແນະ​ນຳ​ຈາກ GP, ແພດ​ຊ່ຽ​ວ​ຊານ​ດ້ານ​ການ​ສັກ​ຢາ​ກັນ​ພະ​ຍາດ ຫຼື ແພດ​ຊ່ຽວ​ຊານ​ພະ​ຍາດ​ຫົວ​ໃຈ ກ່ຽວ​ກັບ​ວ່າ​ເວ​ລາ​ໃດ​​ຈະ​ເປັນ​ເວ​ລາ​ທີ່ດີ​ທີ່​ສຸດ​ຂອງ​ກາ​ນ​ສັກ​ຢາ ແລະ ຈະ​​ມີການ​ແນະ​ນຳ​ໃຫ້ຕ້ອງມີຄວາມ​ລະ​ມັດ​ລະ​ວັງ​ເພີ່ມ​ເຕີມ​ບໍ:

* ​ມີ​ພາ​ວະ ກ້າມ​ຊີ້ນ​ຫົວ​ໃຈ​ອັກ​ເສບ ຫຼື ​ເຍື່ອ​ຫຸ້ມ​ຫົວ​ໃຈ​ອັກ​ເສບ (ຫົວ​ໃຈ​ອັກ​ເສບ) ພາຍ​ໃນ 3 ເດືອ​ນ​ຜ່ານ​ມາ)
* ​ເປັນ​ໄຂ້ຣູ​ມາ​ຕິກ​ແບບ​ກະ​ທັນ​ຫັນ ພາຍ​ໃນ 3 ເດືອນ​ຜ່ານ​ມາ
* ​ພາ​ວະຫົວ​ໃຈ​ວາຍ​ແບບ​ກະ​ທັນ​ຫັນ

​ເດັກ​ນ້ອຍ​ແລະ​ເດັກ​ທີ່​ເປັນ​ພະ​ຍາດ​ຫົວ​ໃຈ​ມາ​ແຕ່​ເກີດ ສາ​ມາດ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ໂດຍບໍ່​ລໍ​ຊ້າ​ສຳ​ລັບ​ກໍ​ລະ​ນີ​ສ່ວນ​ໃຫຍ່. ພໍ່​ແມ່​ຄວນ​ສອບ​ຖາມ​ກັບ​ແພດ​ຊ່ຽວ​ຊານ​ຫົວ​ໃຈ​ຂອງ​ເຂົາ​ເຈົ້າ​ຖ້າ​ເຂົາ​ເຈົ້າ​ມີ​ຄວາມ​ສົງ​ໄສຫຼື​ບັນ​ຫາ​ໃດໆ.

### ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ລະ​ບົບພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ອ່ອນ​ແອ (ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ບົກ​ພ່ອງ)

ໄດ້​ມີ​ການ​ແນະ​ນຳ​ຢ່າງ​ແຂງ​ຂັນ​ໃຫ້​ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ບົກ​ພ່ອງ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19. ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19 ບໍ່​ແມ່ນ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ທີ່​ມີ​ຊີ​ວິດ. ມັນ​ປອດ​ໄພ​ສຳ​ລັບເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ບົກ​ພ່ອງ.

ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ບົກ​ພ່ອງ, ລວມ​ເຖິງ​ຜູ້​ທີ່​ມີ​ເຊື້ອ HIV, ມີ​ຄວາມ​ສ່ຽງ​ສູງ​ຂຶ້ນ ທີ່​ຈະ​ເຈັບ​ປ່ວຍ​ຮ້າຍ​ແຮງ​ຍ້ອນ COVID-19, ລວມ​ເຖິງ​ຄວາມ​ສ່ຽງ​ສູງ​ຂຶ້ນໃນ​ການ​ເສັຍ​ຊີ​ວິດ. ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ບົກ​ພ່ອງ​ຢ່າງ​ແຮງ​ຄວນ​ໄດ້​ຮັບ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ 3 ໂດ​ສ, ໂດຍ​ສັກ​ຫ່າງ​ກັນ 8 ອາ​ທິດ​ໃນ​ແຕ່​ລະ​ໂດ​ສ.

ເດັກ​ນ້ອຍ​ບາງ​ຄົນ​ທີ່​ມີ​ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ບົກ​ພ່ອງ​ອາດ​ຈະ​ມີ​ການ​ຕອບ​ຮັບ​ຂອງ​ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ຕໍ່​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ທີ່ຫຼຸດ ​ຜ່ອ​ນ​ລົງ, ສະ​ນັ້ນ​ຈຶ່ງ​ເປັນ​ສິ່ງ​ສຳ​ຄັນ​ທີ່​ຈະ​ຕ້ອງ​ພິ​ຈາ​ລະ​ນາ​ມາດ​ຕະ​ການ​ປ້ອງ​ກັນ​ຢ່າງ​ອື່ນຫຼັງ​ຈາກສັກວັກ​ຊີນ, ເຊັ່ນ ການ​ຢູ່​ຫ່າງ​ກັນ​ກັບ​ຄົນ​ອື່ນ.

### ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ເຄີຍ​ມີ​ປະ​ວັດ​ເປັນ COVID-19

ຖ້າ​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ເຄີຍ​ເປັນພະ​ຍ​າດ COVID-19 ມາ​ກ່ອນ, ໃຫ້​ບອກ​ທ່ານ​ໝໍຫຼື​ຜູ້​ສັກ​ຢ​າ​ໃຫ້​ທ່ານ. ການ​ສັກ​ຢາ COVID-19 ຍັງ​ຖືກ​ແນະ​ນຳ​ຢ່າງ​ແຂງ​ຂັນ ສຳ​ລັບ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ຄວາມ​ສ່ຽງ​ສູງ ແລະ ເດັກ​ທີ່​ເຄີຍ​ຕິດ​ເຊື້ອ COVID-19 ມາ​ກ່ອນ. ​ທ່ານ​ຄວນ​ລໍ​ຖ້າ 3 ເດືອນຫຼັງ​ຈາກ​ຖືກຢັ້ງ​ຢືນ​ວ່າ​ຕິດ​ເຊື້ອ​ກ່ອນ​ລຸກ​ຂອງ​ທ່ານ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19. ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ມີ​ແນວ​ໂນ້ມ​ວ່າ​ຈະ​ຖືກ​ປົກ​ປ້ອງ​ຈາກ​ການ​ຕິດ​ເຊື້ອ​ໃໝ່​ອີກ​ຢ່າງ​ນ້ອຍ​ເປັນ​ເວ​ລາ 3 ເດືອນຫຼັງ​ຈາກ​ຕິດ​ເຊື້ອ​ແລ້ວ. ແຕ່​ວ່າ​ການ​ປົກ​ປ້ອງນີ້​ຈະຫຼຸດ​ລົງ​ເມື່ອ​ເວ​ລາ​ຜ່ານ​ໄປ​ແລະ​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ເປັນ​ສິ່ງ​ສຳ​ຄັນ​ເພື່ອ​ຮັກ​ສາ​ລະ​ດັບ​ການ​ປົກ​ປ້ອງນີ້.

### ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ໄດ້​ຮັບ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ຢ່າງ​​​ອື່ນ​ເມື່ອ​ມໍ່​ໆມາ​ນີ້

ເປັນ​ການ​ເໝາະ​ສົມ​ກວ່າ​ທີ່​ຈະ​ແຍກ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna ຈາກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ຊະ​ນິດ​ອື່ນໆໂດຍ​ໃຊ້​ເວ​ລາ 7ຫາ14 ມື້.

ບອກ​ໃຫ້​ຜູ້​ສັກ​ຢາ​ຂອງ​ທ່ານ​ໃຫ້​ຮູ້ ​ຖ້າ​ວ່າ​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ຊະ​ນິດ​ອື່ນ​ພາຍ​ໃນ 14 ມື້​ທີ່​ຜ່ານ​ມາ.

​ຈະ​ເກີດ​ຫຍັງ​ຂຶ້ນຫຼັງ​ຈາກ​​ໄດ້​ຮັບ​ການສັກ​ຢາ​ແລ້ວ

ເຊັ່ນ​ດຽວ​ກັບ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ຊະ​ນິດ​ອື່ນ​ໃດ, ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ອາດ​ຈະ​ມີ​ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19.

ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງ **ທີ່​ມັກ​ເປັນ​ທົ່ວ​ໄປ** (ເກີດ​ຂຶ້ນ​ກວ່າ 1 ໃນ 5 ຂອງ​ເດັກ​ນ້ອຍ) ຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ຢາ​ **ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19** ໃນ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ລວມ​ມີ:

ສຳ​ລັບ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ອາ​ຍຸ 3 ຫາ 5 ປີ:

* ເຈັບຢູ່​​ບໍ​ລິ​ເວນ​ສັກ​ຢາ
* ​​ເມື່ອຍ​ຫຼືອ່ອນ​ເພັຍ
* ​ເຈັບ​ຫົວ
* ​ເຈັບ​ຕາມ​ກ້າມ​ຊີ້ນ
* ​​ເປັນ​ໄຂ້

ສຳ​ລັບ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ແລະ​ເດັກ​ນ້ອຍໆ ອາ​ຍຸ 6 ເດືອນ​ຫາ ອາ​ຍຸ​ຕໍ່​າກວ່າ 3 ປີ:

* ມີ​ອາ​ການ​ຫງຸດ​ຫງິດ ແລະ/ຫຼື ໄຫ້
* ເຈັບ​ຢູ່​ບໍ​ລິ​ເວນ​ສັກ​ຢາ
* ເຫງົາ​ນອນ
* ກິນ​ເຂົ້າ​ບໍ່​ແຊບ
* ເປັນ​ໄຂ້

ເດັກ​ນ້ອຍປະ​ມານ​ໜຶ່ງ​ຄົນ​ໃນ 100 ຄົນ​ອາດ​ມີ​ອາ​ການ​ໃຄ່ຫຼື​ເຈັບ​ທີ່ຕ່ອມ, ໂດຍ​ສະ​ເພາະ​ທີ່​ກ້ອງ​ຂີ້​ແຮ໊ ຫຼື ແອບ​ຂາ.

​ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງ​ເຫຼົ່າ​ນີ້​ປົກ​ກະ​ຕິ​ຈະ​ເປັ​ນ​ແຕ່​ພຽງ​ເບົາ​ບາງ​ຫາ​ລະ​ດັບ​ກາງ​ແລະ​ຈະ​ຫາຍ​ໄປ​ພາຍ​ໃນ​ມື້​ໜຶ່ງຫຼື​ 2 ມື້.

ຖ້າ​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ຮູ້​ສຶກ​ເຈັບ​ຢູ່​ບໍ​ລິ​ເວນ​ສັກ​ຢາ, ເປັນ​ໄຂ້​, ເຈັບ​ຫົວ ຫຼື ປວດ​ຕາມ​ຮ່າງ​ກາຍຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ, ເຂົາ​ເຈົ້າ​ສາ​ມາດ​ກິນ​ຢາ​ແກ້​ປວດ paracetamol ຫຼື ibuprofen ໄດ້. ອັນ​ນີ້ ຈະ​ຊ່ວຍຫຼຸດ​ຜ່ອນ​ບາງ​ອາ​ການ​ໄດ້. ເຂົາ​ເຈົ້າ​ບໍ່​ຈຳເປັນ​ຕ້ອງ​ກິນ​ຢາ Paracetamol ຫຼື ibuprofen ກ່ອນ​ຮັບ​ການ​ສັກ​ຢາ. ຖ້າ​ມີ​ຮອຍ​ໃຄ່​ຢູ່​ບໍ​ລິ​ເວນ​ສັກ​ຢາ, ກໍ​ສາ​ມາດ​ເອົາ​ຜ້າ​ເຢັນ​ຂົ່ມ​ໄວ້​ໄດ້.

ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງ**​ທີ່​ເກີດ​ຂຶ້ນ​ຍາກ** ຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ຢາ **Moderna COVID-19** ເຊິ່ງ​ໄດ້​ຖືກ​ລາຍ​ງານສຳ​ລັບ​ກຸ່ມ​ອາ​ຍຸ​ອື່ນລວມ​ມີ:

* ປ​ະ​ຕິ​ກິ​ລິ​ຍາ​ພູ​ມ​ແພ້​ຢ່າງ​ແຮງ (ພ​າ​ວະພູມ​ແພ້​ຢ່າງ​ແຮງ)
* ​ພາ​ວະ​ກ້າມ​ຊີ້ນ​ຫົວ​ໃຈ​ອັກ​ເສບ (ການ​ອັກ​ເສບ​ຂອງ​ກ້າມ​ຊີ້ນ​ຫົວ​ໃຈ)
* ພາ​ວະ​ເຍື່ອ​ຫຸ້ມ​ຫົວ​ໃຈ​ອັກ​ເສບ (ການ​ອັກ​ເສບ​ຂອງ​ເຍື່ອ​ຖົງ​ຫຸ້ມ​ຫົວ​ໃຈ)

ທ່ານ​ຕ້ອງ​ໄປ​ຫາ​ໝໍ​ ຫຼັງ​ຈາ​ກ​ກາ​ນ​ສັກ​ຢາ ຖ້າ​ວ່າ​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ມີ:

* ອາ​ການ​ຂອງ​ປະ​ຕິ​ກິ​ລິ​ຍາ​ພູມ​ແພ້​ຢ່າງ​ຮ້າຍ​ແຮງ, ເຊັ່ນຫາຍ​ໃຈ​ຍາກ, ຫາຍ​ໃຈ​​ດັງ​ຫອດໆ, ຫຼືລະ​ດັບ​ການ​ຮູ້​ສະ​ຕິ​ລົດ​ຖອຍ​ລົງ
* ​ຫາຍ​ໃຈບໍ່​ເຕັມ​ອີ່ມ ຫຼື ເຈັບ​ໜ້າ​ເອິກ
* ​​​ອາ​ການ​ໃໝ່​ຫຼື​ແບບບໍ່​ຄາດ​ໄວ້​ກ່ອນ, ຫຼື ຖ້າ​ທ່ານ​ຮູ້​ສຶກ​ກັງ​ວົນ​ກ່ຽວ​ກັບ​ອາ​ການ​ຂ້າງຄຽງ​ຢ່າງ​ໃດ​ໜຶ່ງ​ທີ່​ອາດ​ເກີດ​ຂຶ້ນ
* ​ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງ​ທີ່​ຄາດ​ວ່າ​ຈະ​ເກີດ​ຂຶ້ນ​ຍ້ອນ​ສັກ​ວັກ​ຊີນ​ທີ່ບໍ່​ຍອມເຊົາຫຼັງ​ຈາກ​ສອງ​ສາມມື້, ເຊັ່ນ​ເຈັບ​ຫົວ, ເປັນ​ໄຂ້ ຫຼື ໜາວ​ສັ່ນ

​ສຳ​ລັບ​ອາ​ການ​ທີ່ບໍ່​ຮີບ​ດ່ວນ, ທ່ານ​ສາ​ມາດ​ໄປ​ຫາ​ຜູ້​ດູ​ແລ​ສຸ​ຂ​ະ​ພາບ​ຕາມ​ປົກ​ກະ​ຕິ​ຂອງ​ທ່ານ (ເຊັ່ນ GP ຂອງ​ທ່ານ).

ຜູ້​ທີ່​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ແລ້ວ​ກໍ​ອາດ​ຈະ​ຍັງ​ຕິດ COVID-19 ໄດ້​ຢູ່. ເຖິງ​ແມ່ນ​ວ່າ​ເຂົາ​ເຈົ້າ​ຈະ​ບໍ່​ມີ​ອາ​ການ, ຫຼື​ມີ​ອາ​ການ​ພຽງ​ເບົາ​ບາງ, ເຂົາ​ເຈົ້າ​ກໍ​ຍັງ​ສາມາດ​ແພ່​ເຊື້ອ​ໄວ​ຣັ​ສ​ໄປ​ໃຫ້​ຄົນ​ອື່ນ​ໄດ້​. ເພາະ​ສະ​ນັ້ນ​ຈຶ່ງ​ເປັນ​ສິ່ງ​ສຳ​ຄັນ ທີ່ຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ແລ້ວ ກໍ​ຍັງ​ຕ້ອງ​ສືບ​ຕໍ່​ໃຊ້​ມາດ​ຕະ​ການ​ປ້ອງ​ກັນ​ຢ່າງ​ອື່ນ, ເຊັ່ນ:

* ຢູ່​ຫ່າງ​ກັນ​ກັບ​ຄົນ​ອື່ນ
* ລ້າງ​ມື
* ​ໃສ່​ໜ້າ​ກາກ (ຂຶ້ນ​ກັບ​ອາ​ຍຸ)
* ການກວດຫາ COVID-19 ແລະ​ການ​ກັກ​ໂຕ/ແຍກ​ປ່ຽວ ຕາມ​ລະ​ບຽບ ​ຂອງລັດ/ເຂດ​ປົກ​ຄອງ​ຂອງ​ທ່ານ

ຖ້າ​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ໄດ້​ສັກ​ຢາ​ແລ້ວ, ເຂົາ​ເຈົ້າ​ກໍ​ຍັງ​ຕ້ອງກວດ​ຫາ COVID-19 ຖ້​າ​ວ່າ​ເຂົາ​ເຈົ້າ​ມີ​ອາ​ການ​ທີ່​ຕົກ​ໃສ່​ເງື່ອນ​ໄຂ​ທີ່​ຕ້ອງ​ໄດ້ກວດ​ຕາມ​ທີ່​ທາງ​ການ​ສາ​ທາ​ລະ​ນະ​ສຸກ​ທ້ອງ​ຖິ່ນ​ຂ​ອງ​ທ່ານ​ໄດ້​ວາງ​ໄວ້.

## ການ​ຕິດ​ຕາມ​ເບິ່ງ​ຄວາມ​ປອດ​ໄພ​ຂອງ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ແລະ​ລາຍ​ງານ​ເລື່ອງ​ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງ

​ທ່ານ​ອາດ​ຈະ​ຖືກ​ພົວ​ພັນ​ມາ​ຫາ​ທາງ SMS ຫຼື ອີ​ເມ​ລ ໃນ​ອາ​ທິດຫຼັງ​ຈາກທີ່​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ໄດ້​ຮັບ​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນແຕ່​ລະ​ໂດ​ສ​ເພື່ອ​ຕິດ​ຕາມ​ເບິ່ງວ່າ​ເດັກ​ນ້ອຍເຂົາ​ເຈົ້າ​ຮູ້​ສຶກ​ຢ່າງ​ໃດ. ​ອັນ​ນີ້ ແມ່ນ​ພາກ​ສ່ວນ​ໜຶ່ງ​ຂອງ​ການ​ຕິດ​ຕາມເບິ່ງ​ຄວາມ​ປອດ​ໄພ​ຂອງ​ບັນ​ດາ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19 ​ຢ່າງ​ຕໍ່​ເນື່ອງ​.

ທ່ານ​ສາ​ມາດ​ລາຍ​ງານ​ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງ​ທີ່​ສົງ​ໄສ ທີ່​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ປະ​ສົບ​ຢູ່ ໃຫ້​ຜູ້​ສັກ​ຢາຫຼື​ເຈົ້າ​ໜ້າ​ທີ່​ດູ​ແລ​ ສຸ​ຂ​ະ​ພາບ​ອື່ນໆ ຊາບ. ເຂົາ​ເຈົ້າ​ຈະ​ເຮັດ​ລາຍ​ງານ​ຢ່າງ​ເປັນ​ທາງ​ການ​ຕາງ​ໜ້າ​ໃຫ້​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ ຫາ​ກະ​ຊວງ​ສາ​ທາ​ລະ​ນະ​ສຸກ​ໃນ​ລັດຫຼື​ເຂດ​ປົກ​ຄອງ​ຂອງ​ທ່ານ ແລະ/ຫຼື ລາຍ​ງານ​ຫາTGA.

ຖ້າ​ທ່ານ​ປະ​ສົງ​ຢາກ​ລາຍ​ງານ​ເລື່ອງ​ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງ​ໃດໆ​ດ້ວຍ​ຕົນ​ເອງ, ກະ​ລຸ​ນາ​ເຂົ້າ​ໄປ​ເບິ່ງ[www.tga.gov.au/reporting-suspected-side-effects-associated-covid-19-vaccine](http://www.tga.gov.au/reporting-suspected-side-effects-associated-covid-19-vaccine)ແລະ​ປະ​ຕິ​ບັດ​ຕາມ​ການ​ຊີ້​ແນະ​ໃນ​ເວັບ​ເພ​ຊ ນັ້ນ.

## ການກວດ​ຫາ COVID-19 ຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ແລ້ວ

​ບາງ​ອາ​ການ​ຂ້າງ​ຄຽງ​ຈາກ​ການ​ສັກ​ຢາ COVID-19 ກໍ​ອາດ​ຄ້າຍ​ຄື​ກັນ​ອາ​ການ​ຂອງ COVID-19 (ເຊັ່ນ​ເປັນ​ໄຂ້). ຢ່າງ​ໃດ​ກໍ​ດີ, ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19 ບໍ່​ມີ​ສ່ວນ​ປະ​ກອບ​ຂອງ​ເຊື້ອ​ໄວ​ຣັ​ສ​ທີ່​ມີ​ຊີ​ວິດ​ແລະ​ມັນ​ບໍ່​ສາ​ມາດ​ກໍ່​ໃຫ້​ເກີດ COVID-19 ໄດ້.

ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ອາດບໍ່​ຈຳ​ເປັນຕ້ອງ​ໄປ​ເຮັດ​ການກວດ​ຫາ COVID-19 ຫຼື​ແຍ​ກ​ປ່ຽວ​ຖ້າ​ວ່າ:

* ​ເຂົາ​ເຈົ້າ​ເກີດ​ມີ​ອາ​ການ​ທົ່ວໆ​ໄປ ເຊັ່ນ ເປັນ​ໄຂ້, ເຈັບ​ຫົວ ຫຼື ເມື່ອຍ​ອ່ອນ​ເພັຍ ພາຍ​ໃນ 2 ມື້​ທຳ​ອິດ ຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ, ແລະ
* ທ່ານ​ໝັ້ນ​ໃຈ​ວ່າ​ເຂົາ​ເຈົ້າ​ບໍ່​ມີອ​າ​ການ​ຂອງ​ທາງ​ເດີນ​ຫາຍ​ໃຈ (ເຊັ່ນ ນ້ຳ​ມູກ​ໄຫຼ, ໄອ, ເຈັບ​ຄໍ​, ບໍ່​ໄດ້​ກິ່ນ ຫຼື ບໍ່​ຮູ້​ລົດ​ຊາດ).

ໃຫ້​ກວດ​ເບິ່ງ​ຄຳ​ຊີ້​ແນະ​ອັນ​ປັດ​ຈຸ​ບັນ​ໃນ​ລັດຫຼື​ເຂດ​ປົກ​ຄອງ​ຂອງ​ທ່ານ​ສຳ​ລັບ​ຂໍ້​ມູນ​ທີ່​ອັບ​ເດດ​ໃໝ່​ລ່າ​ສຸດ. ຄຳ​ແນະ​ນຳ​ນີ້​ອາດ​ປ່ຽນ​ໄປ ຖ້າ​ວ່າ​ມີ​ການ​ລະ​ບາດ​ຂອງ COVID-19 ຂຶ້ນ​ໃນ​ເຂດ​ທ້ອງ​ຖິ່ນ​ຂອງ​ທ່ານ. ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ອາດ​ຈະ​ຕ້ອງ​ໄປ​ເຮັດ​ການກວດ​ຫາ COVID-19 ຖ້າ​ວ່າ​ເຂົາ​ເຈົ້າ​ຕົກ​ຖືກ​ເງື່ອນ​ໄຂ​ອື່ນ, ເຊັ່ນ​ເຂົາ​ເຈົ້າ​ເປັນ​ຜູ້​ສຳ​ຜັດ​ໃກ້​ຊິດ​ກັບ​ກໍ​ລະ​ນີໃດ​ໜຶ່ງ​ທີ່​ຮູ້​ວ່າ​ມີ COVID-19. ຖ້າ​ສົງ​ໄສ, ໃຫ້​ໄປ​ໃຫ້​ຮັ​ບ​ການ​ປະ​ເມີນ​​ຈາກ​ແພດ.

## ​ໃຫ້​ຈື່ມື້​ນັດໝາຍ​ຄັ້ງ​ຕໍ່​ໄປ​ຂອງ​ທ່ານ

​ເປັນ​ສິ່ງ​ສຳ​ຄັນ​ທີ່​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ຕ້ອງ​ໄດ້​ຮັບ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19 ເປັນ​ຈຳ​ນວນ 2ໂດ​ສ, ສັກ​ລະ​ຍະຫ່າງ​ກັນ 8 ອາ​ທິດ, ສຳ​ລັບ​ຢາ​ສັກ​ຊຸດ​ຕົ້ນ​ຂອງ​ເຂົາ​ເຈົ້າ​. ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ບົກ​ພ່ອງ​ຢ່າງ​ແຮງ​ຄວນ​ໄດ້​ຮັບ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19 ເປັນ​ຈຳ​ນວນ 3 ໂດ​ສ, ໂດຍ​ສັກ​ຫ່າງ​ກັນ 8 ອ​າ​ທິດ​ໃນ​ແຕ່​ລະ​ໂດ​ສ, ສຳ​ລັບ​ຢາ​ຊຸ​ດ​ຕົ້ນຂອງ​ເຂົາ​ເຈົ້າ

ລະ​ຍ​ະ​ຫ່າງ​ຂອງ​ການ​ສັກ​ຢາ​ອາດ​ຈະ​ຫຍໍ້​ເຂົ້າ​ມາ​ເປັນ​ຢ່າງ​ນ້ອຍ 4 ອາ​ທິດ ໃນ​ບາງ​ສະ​ພາບ​. ​ຜູ້​ສັກ​ຢາ​ໃຫ້​ທ່ານ​ຈະ​ແນະ​ນຳວ່າລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ຕ້ອງ​ໄດ້​ສັກ​ຢາ​ໂດ​ສ​ທີ​ສອງໄວ​ຂຶ້ນກ່ອນ​ກຳ​ນົດຫຼືບໍ່.

ໂດ​ສ​ທີ​ສອງ ຕ້ອງ​ໄດ້​ສັກ​ເພື່ອໃຫ້​ມີ​ ​ການ​ປ້ອງ​ກັນ​ຕໍ່ COVID-19. ນອກ​ຈາກວ່າ​ມີ​ສະ​ພາບ​ການ​ພິ​ເສດ, ເປັນ​ການ​ດີກວ່າ​ ທີ່​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ຈະ​ສັກ​ຢາ​ໂດ​ສ​ທີ​ສອງ​ເມື່ອ​ຮອດ 8 ອາ​ທິດຫຼັງ​ຈາກ​ສັກ​ໂດ​ສ​ທີ​ໜຶ່ງ (ແທນ​ທີ່​ຈະ​ແມ່ນ​ລະ​ຍະ​ຫ່າງ​ທີ່​ສັ້ນ​ກວ່າ) ເພາະ​ວ່າ​ການ​ຕອບ​ຮັບ​ຂອງ​ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ທີ່​ດີກວ່າ​ມີ​ແນວ​ໂນ້ມ​ວ່າ​ຈະ​ເກີດ​ຂຶ້ນຫຼັງ​ຈາກ​ລະ​ຍະ​ຫ່າງ​ຂອງ​ການ​ສັກ​ຢາ​ທີ່​ຍາວ​ກວ່າ.

## ຂໍ້​ມູ​ນ​ຂອງ​ທ່ານ​ຈະ​ຖືກນຳ​ໃຊ້​ແລະ​ບັນ​ທຶກ​ຢ່າງ​ໃດ

​ສຳ​ລັບ​ຂໍ້​ມູນ​ກ່ຽວ​ກັບ​ວ່າ​ລາຍ​ລະ​ອຽດ​ສ່ວນ​ຕົວ​ຂອງ​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ຈະ​ຖືກ​ເກັບ​ກຳ, ຮັກ​ສາ ແລະ ນຳ​ໃຊ້ ວິ​ທີ​ໃດ​ນັ້ນ ໃຫ້​ເຂົ້າ​ໄປ​ເບິ່ງ​ທີ່ [www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations](http://www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations).

ຕາມ​ກົດ​ໝາຍ​ແລ້ວ, ຜູ້​ທີ່​ສັກ​ຢາ​ໃຫ້​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ຕ້ອງ​ບັນ​ທຶກ​ຂໍ້​ມູນນັ້ນ​ໃສ່​ໃນ​ກອງ​ທະ​ບຽນ​ການ​ສັກ​ຢາ​ກັນ​ພະ​ຍາດ​ແຫ່ງ​ປະ​ເທດອອ​ສ​ເຕ​ຣ​ເລັຍ. ທ່ານ​ສ​າ​ມາດ​ເບິ່ງ​ບັນ​ທຶກ​ການ​ສັກ​ຢາ​ຂອງ​ລູກ​ທ່ານ​ໄດ້​​ທາງ​ອອນ​ລາຍ​ທີ​ບັນ​ຊີ​ດັ່ງ​ຂ້າງລຸ່ມນີ້​ຂອງ​ທ່ານ:

* ບັນ​ຊີ Medicare
* ບັນ​ຊີ MyGov
* ບັນ​ຊີ My Health Record (ທ່ານ​ສາ​ມາດ​ລົງ​ທະ​ບຽນ​​ເພື່ອ​ເປີດ​ບັນ​ຊີນີ້​ໄດ້ ໂດຍ​ໃຊ້ ເລກ​ຂອງ Medicare ຫຼື ​ເລກ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ສ່ວນ​ຕົວ​ບຸກ​ຄົນ.

## ຂໍ້​ມູນ​ເພີ່ມ​ເຕີມ

ຖ້າ​ທ່ານ​ຢາກ​ຮູ້​ຂໍ້​ມູນ​ລະ​ອຽດ​ຂຶ້ນ​ຕື່ມ​ກ່ຽວ​ກັບ​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ​ໃຫ້​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ເພື່ອ​ຕ້ານ COVID-19, ເວັບ​ໄຊ້ ຂ້າງ​ລຸ່ມນີ້​ມີ​ບາງ​ຂໍ້​ມູນ​ທີ່​ມີ​ປະ​ໂຫຍດ:

ແມ່ນ​ແທ້​ບໍ? ຊອກ​ເບິ່ງ​ຂໍ້​ມູນ​ຄວາ​ມ​ຈິງ​ກ່ຽວ​ກັບ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19: [www.health.gov.au/initiatives-and-programs/covid-19-vaccines/is-it-true](http://www.health.gov.au/initiatives-and-programs/covid-19-vaccines/is-it-true)

ຄຳ​ຖາມ​ທີ່​ຖືກ​ຖາມ​ເລື້ອຍ​ໆ​ກ່ຽວ​ກັບ COVID-19 ແລະ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19 ໃນ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ນ້ອຍ: [www.ncirs.org.au/covid-19/covid-19-and-children-frequently-asked-questions](https://www.ncirs.org.au/covid-19/covid-19-and-children-frequently-asked-questions)

ຂໍ້​ມູນ​ກ່ຽວ​ກັບຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19 ໃນ​ກຸ່ມ​ເດັກ​ນ້ອຍ: <https://mvec.mcri.edu.au/references/covid-19-vaccination-in-children/>

ບັນ​ດາ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19 ສຳ​ລັບ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ແລະ​ໄວ​ຮຸ່ນ (CDC): [www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/children-teens.html](http://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/vaccines/recommendations/children-teens.html)

# ໃບ​ຍິນຍອມ​ສຳ​ລັບການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19: ເດັກ​ນ້ອຍ​ອາ​ຍຸ 6 ເດືອນ ຫາ 5 ປີ

ກ່ອນ​ທ່ານ​ຕື່ມ​ໃບ​ຟອມນີ້, ໃຫ້​ໝັ້ນ​ໃຈ​ວ່າ​ທ່ານ​ໄດ້​ອ່ານ​ຂໍ້​ມູນ​ຂ້າງ​ເທິງ​ກ່ຽວ​ກັບ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Spikevax (Moderna) COVID-19.

​ອັບ​ເດດ​ຄັ້ງ​ລ່າ​ສຸດ: 22 ສິງ​ຫາ 2022

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ລາຍ​ການກວດ​ສອບ​ການ​ຍິນຍອມ | ​ແມ່ນ | ບໍ່​ແມ່ນ |
| 1. ​ເມື່ອ​ມໍ່ໆ​ມານີ້ ​ລູກ​ຂອງ​ທ່ານໄດ້​​ເຈັບ​ປ່ວຍ ໂດຍ​ມີ​ການ​ໄອ, ເຈັບ​ຄໍ ຫຼື ເປັນ​ໄຂ້, ຫຼື ຮູ້​ສຶກບໍ່​ສະ​ບາຍ​ຢ່າງ​ໃດ​ຢ່າງ​ໜຶ່ງ​ບໍ |  |  |
| 1. ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ເຄີຍ​ເປັນ COVID-19 ມາ​ກ່ອນ​ບໍ? |  |  |
| 1. ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ໄດ້​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19 ມາ​ກ່ອນ​ບໍ? |  |  |
| 1. ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ເຄີຍ​ມີ​ປະ​ຕິ​ກິ​ລິ​ຍາ​ຢ່າງ​ຮ້າຍ​ແຮງ​ຕໍ່​ຢາ​ວັກ​ຊີນ ຫຼື ຢາ​ປົວ​ພະ​ຍາດ​ຢ່າງ​ໃດ​ຢ່າງ​ໜຶ່ງ​ບໍ? |  |  |
| 1. ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ມີ​​ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ທີ່​ອ່ອນ​ແອ (ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ບົກ​ພ່ອງ) ຫຼື ມີ​ລະ​ບົບ​ພູມ​ຄຸ້ມ​ກັນ​ທີ່​ຜິດ​ປົກ​ກະ​ຕິ​ຢ່າງ​ໃດ​ຢ່າງ​ໜຶ່ງ​ບໍ? |  |  |
| 1. ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ມີ​ພາ​ວະ​ເລື່ອດ​ອອກ​ຜິດ​ປົກ​ກະ​ຕິ ຫຼື ມີ​ຄວາມ​ຜິດ​ປົກ​ກະ​ຕິ​ຢ່າງ​ໃດ​ໜຶ່ງ​ກ່ຽວ​ກັບ​ເລືອດ, ຫຼື ກິນ​ຢາ​ເພື່ອ​ໃຫ້​ເລືອດ​ໃສ​ບໍ? |  |  |
| 1. ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ເຄີຍ​ມີ​ບັນ​ຫາ​ກ່ຽວ​ກັບ​ຫົວ​ໃຈ​ບໍ? |  |  |
| 1. ທ່ານ​ເປັນ​ພໍ່​ແມ່/ຜູ້​ປົກ​ຄອງ/ຜູ້​ຕັດ​ສິນ​ໃຈ​ແທນ ທີ່​ມີ​ສິດ​ໃນ​ການຍິນຍອມໃຫ້​ສັກ​ຢາ ຕາງ​ໜ້າ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ຄົນ​ນີ້​ບໍ? |  |  |

ຖ້າ​ທ່ານ​ຕອບ​ວ່າ**ແມ່ນ** ຕໍ່ຄຳ​ຖາ​ມ​ໃດ​ໜຶ່ງ​ຂອງຂໍ້ 1 ຫາ ຂໍ້ 7, ລູກ​ຂອງ​ທ່​ານກໍ​ອາດ​ຈະ​ຍັງ​ສາ​ມາດ​ຮັບ​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID‑19 ໄດ້​ຢູ່. ຢ່າງ​ໃດ​ກໍ​ດີ, ທ່ານ​ຄວນ​ລົມ​ກັ​ບ GP ຂອງ​ລູ​ກ​ທ່ານ, ແພດ​ຊ່ຽວ​ຊານ​ດ້ານ​ການ​ສັກ​ຢາ​ກັນ​ພະ​ຍາດ ຫຼື ແພດ​ຊ່ຽວ​ຊານ​ຫົວ​ໃຈ ​ເສັຍກ່ອນ ​ເພື່ອປຶກ​ສາ​ວ່າ​ເວ​ລາ​ໃດ​ທີ່​ດີ​ທີ່​ສຸດ​ສຳ​ລັບ​ການ​ສັກ​ຢາ​ແລະ​ຈະ​ຕ້ອງ​ມີ​ການ​ລະ​ມັດ​ລະ​ວັງ​ເພີ່ມ​ເຕີມ​ຢ່າງ​ໃດ​ໜຶ່ງ​ບໍ.

## ຂໍ້​ມູນ​ຂອງ​ເດັກ​ນ້ອຍ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ຊື່: |  | | | | | | | | | | | |
| Medicare ເລກ​ທີ: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ເລກ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ປະ​ຈຳ​ຕົວ​ບຸກ​ຄົນ (IHI) ຖ້​າ​ມີ​: |  | | | | | | | | | | | |
| ວັນ​ເດືອນ​ປີ​ເກີດ: |  | | | | | | | | | | | |
| ທີ່​ຢູ່​: |  | | | | | | | | | | | |
| ເພດ: |  | | | | | | | | | | | |
| ພາ​ສາ​ທີ່​ປາກ​ຢູ່​ເຮືອນ: |  | | | | | | | | | | | |
| ປະ​ເທດ​ທີ່​ເກີດ: |  | | | | | | | | | | | |

ລູກ​ຂອງ​ທ່ານ​ແມ່ນ​ຄົນ​ອາ​ບໍ​ຣິ​ນີ​ໂນ​ລ ແລະ/ຫຼື ຄົນ​ທ​ໍ​ເຣ​ສ​ເຕ​ຣດ​ອາຍ​ແລນ​ເດີ ບໍ?

ແມ່ນ, ອາ​ບໍ​ຣິ​ຈີ​ໂນ​ລ​ເທົ່າ​ນັ້ນ

ແມ່ນ, ທໍ​ເຣ​ສ​ເຕ​ຣດ​ອາຍ​ແລນ​ເດີ​ເທົ່າ​ນັ້ນ

ແມ່ນ, ອາ​ບໍ​ຣິ​ຈີ​ໂນ​ລ​ແລະ​ທໍ​ເຣ​ສ​ເຕ​ຣດ​ອາຍ​ແລນ​ເດີ

ບໍ່​ແມ່ນ

ປະ​ສົງ​ບໍ່​ຕອບ

### ​​ລາຍ​ລະ​ອຽດ​ຂອງ ພໍ່ແມ່/ຜູ້​ປົກ​ຄອງ

| ຊື່ ຂອງ ພໍ່​ແມ່/ຜູ້​ປົກ​ຄອງ: |  |
| --- | --- |
| ເລກ​ໂທ​ລະ​ສັບ: |  |
| ທີ່​ຢູ່​ອີ​ເມ​ລ: |  |

### ​

### ການ​ຍິນຍອມ​ໃຫ້​ຮັບ​ການ​ສັກ​ຢາ COVID-19

ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ຂໍ​ຢັ້ງ​ຢືນ​ວ່າ:

ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ໄດ້​ຮັບ​​ແລະ​ເຂົ້າ​ໃຈຂໍ້​ມູນ​ທີ່​ສະ​ໜອງ​ໃຫ້​ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ ກ່ຽວ​ກັບການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19 ​ສຳ​ລັບ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ຊື່​ດັ່ງ​ຂ້າງ​ເທິງ.

ບໍ່​ມີ​ພາ​ວະ​ທາງ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ໃດໆ​ດັ່ງ​ຂ້າງ​ເທິງ​ທີ່ກ່ຽວ​ຂ້ອງ​ກັບ​ລູກຂອງ​ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​, ຫຼື ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ໄດ້​ປຶກ​ສາ​ພາ​ວະ​ເຫຼົ່າ​ນັ້ນ​ແລະ​ສະ​ພາບ​ການ​ພິ​ເສດ​ອື່ນໆ ກັບ​ຜູ້​ດູ​ແລ​ສຸ​ຂະ​ພາບ​ຕາມ​ປົກ​ກ​ະ​ຕິ​ຂອງ​​ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ ແລະ/ຫຼື ຜູ້​ໃຫ້​ການ​ສັກ​ຢາ.

​ ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ເປັນ​ພໍ່ຫຼື​ແມ່, ຜູ້​ປົກ​ຄອງ ຫຼື ຜູ້​ຕັດ​ສິນ​ໃຈ​ແທນ ເດັກ​ນ້ອຍຄົນ​ນີ້

ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ມີ​ສິດ​ໃນ​ການ​ໃຫ້​ການ​ຍິນຍອມ​ສຳ​ລັບ​ເດັກ​ນ້ອຍ​ຄົນ​ນີ້ ແລະ ຂ້າ​ພະ​ເຈົ້າ​ເຫັນ​ດີ​ໃຫ້​ເດັກ​ນ້ອຍ​ທີ່​ມີ​ຊື່​​ຂ້າງ​ເທິງນີ້​ຮັບ​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ Moderna COVID-19.

| ຊື່ ​ຂອງ ​ພໍ່ຫຼື​ແມ່/ຜູ້​ປົກ​ຄອງ ຫຼື ຜູ້​ຕັດ​ສິນ​ໃຈ​ແທນ ເດັກ​ນ້ອຍ: |  |
| --- | --- |
| ລາຍ​ເຊັນ ຂອງ ​ພໍ່ຫຼື​ແມ່/ຜູ້​ປົກ​ຄອງ ຫຼື ຜູ້​ຕັດ​ສິນ​ໃຈ​ແທນ ເດັກ​ນ້ອຍ: |  |
| ວັນ​ທີ: |  |

## ສຳ​ລັບ​ຜູ້​ໃຫ້​ການ​ສັກ​ຢາ​ໃຊ້:

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| ຊື່: |  | | | | | | | | | | | |
| Medicare ເລກ​ທີ: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

ໂດ​ສ 1

| ວັນ​ທີ ທີ່​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ: |  |
| --- | --- |
| ເວ​ລາ​ທີ່​ໄດ້​ຮັບ: |  |
| ຊະ​ນິດ​ຂອງ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19 ທີ່​ສັກ​ໃຫ້: |  |
| ຊຸດ​ຢາ ເລກ​ທີ: |  |
| ລຳ​ດັບ ເລກ​ທີ: |  |
| ເຂດ​ທີ່​ໃຫ້​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ: |  |
| ຊື່​ຂອງ​ຜູ້​ໃຫ້​ການ​ສັກ​ຢາ: |  |

ໂດ​ສ ​2

| ວັນ​ທີ ທີ່​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ: |  |
| --- | --- |
| ເວ​ລາ​ທີ່​ໄດ້​ຮັບ: |  |
| ຊະ​ນິດ​ຂອງ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19 ທີ່​ສັກ​ໃຫ້: |  |
| ຊຸດ​ຢາ ເລກ​ທີ: |  |
| ລຳ​ດັບ ເລກ​ທີ: |  |
| ເຂດ​ທີ່​ໃຫ້​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ: |  |
| ຊື່​ຂອງ​ຜູ້​ໃຫ້​ການ​ສັກ​ຢາ: |  |

**​**

**ໂດ​ສ 3 (ຖ້າ​ຕ້ອງ​ການ)**

| ວັນ​ທີ ທີ່​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ: |  |
| --- | --- |
| ​ເວ​ລາ​ທີ່​ໄດ້​ຮັບ: |  |
| ຊະ​ນິດ​ຂອງ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ COVID-19 ທີ່​ສັກ​ໃຫ້: |  |
| ຊຸດ​ຢາ ເລກ​ທີ: |  |
| ລຳ​ດັບ ເລກ​ທີ: |  |
| ເຂດ​ທີ່​ໃຫ້​ການ​ສັກ​ຢາ​ວັກ​ຊີນ: |  |
| ຊື່​ຂອງ​ຜູ້​ໃຫ້​ການ​ສັກ​ຢາ: |  |

ອັບ​ເດດ​ຄັ້ງ​ລ່າ​ສຸດ: 22 ສິ​ງ​ຫາ 2022