



ສາທາລະນະລັດ ປະຊາທິປະໄຕ ປະຊາຊົນລາວ  
ສັນຕິພາບ ເອກະລາດ ປະຊາທິປະໄຕ ເອກະພາບ ວັດທະນະຖາວອນ

ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ  
ຫ້ອງການ

147  
ເລກທີ /ຫກ

ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ, ວັນທີ

25 APR 2021

**ແຈ້ງການ**

**ຮຽນ:** ບັນດາທ່ານຫົວໜ້າກົມກອງ, ຫ້ອງການ, ສະຖາບັນ, ສູນ ແລະ ໂຮງໝໍສູນກາງ ອ້ອມ  
ຂ້າງກະຊວງສາທາລະນະສຸກ

**ເລື່ອງ:** ການຈັດຕັ້ງ ການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດໂຄວິດ-19 (COVID-19) ໃຫ້ແກ່ພະນັກງານ  
ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ.

- ອີງຕາມ ຄຳສັ່ງຂອງນາຍົກລັດຖະມົນຕີ ວ່າດ້ວຍ ການເພີ່ມທະວີ ມາດຕະການສະກັດກັ້ນ, ຄວບຄຸມແລະ ກຽມຄວາມພ້ອມຮອບດ້ານເພື່ອຕ້ານພະຍາດໂຄວິດ-19 ສະບັບເລກທີ 15/ນຍ ລົງວັນທີ 21 ເມສາ 2021;
- ອີງຕາມ ທິດຊີ້ນຳຂອງທ່ານ ລັດຖະມົນຕີກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ຄັ້ງວັນທີ 24 ເມສາ 2021 ໃນການລົງ ຕິດຕາມຊຸກຍູ້ການສັກຢາປ້ອງກັນພະຍາດ ທີ່ ມະຫາວິທະຍາໄລ ວິທະຍາສາດ ສຸຂະພາບ.

ຫ້ອງການກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ຂໍຖືເປັນກຽດ ແຈ້ງການມາຍັງທ່ານ ເພື່ອເຂົ້າຮ່ວມຂະບວນການສັກຢາວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດໂຄວິດ-19 ໃຫ້ແກ່ ຄະນະນຳ, ພະນັກງານລັດຖະກອນ ພ້ອມດ້ວຍຄອບຄົວ ໃນແຕ່ລະກົມກອງ, ສະຖາບັນ, ສູນ, ໂຮງໝໍ ສູນກາງ ອ້ອມຂ້າງ ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ ເພື່ອສ້າງພູມຄຸ້ມກັນຂອງແຕ່ລະຄົນ ທັງເປັນການເພີ່ມທະວີມາດຕະການການສະກັດກັ້ນການແຜ່ລະລາດຂອງພະຍາດດັ່ງກ່າວ. ສະຖານທີ່ສັກຢາວັກຊີນ ຢູ່ທີ່ ມະຫາວິທະຍາໄລ ວິທະຍາສາດ ສຸຂະພາບ (ມວສ) ເຂດດົງໂພສີ ນັບແຕ່ວັນທີ 27 ເມສາ 2021 ເປັນຕົ້ນໄປ. ຈຶ່ງສະເໜີມາຍັງທ່ານ ດັ່ງລາຍລະອຽດລຸ່ມນີ້:

- 1) ແຕ່ງຕັ້ງຜູ້ປະສານງານ ໃນກົມກອງຂອງຕົນ ເພື່ອປະສານງານກັບຄະນະຮັບຜິດຊອບສັກຢາວັກຊີນ ສູນຮັກສາສຸຂະພາບ ແມ່ ແລະ ເດັກ ຢູ່ ມວສ ເຂດດົງໂພສີ ເພື່ອແຈ້ງຈຳນວນເປົ້າໝາຍ ແລະ ຈັດຕັ້ງ ກະກຽມຕາຕະລາງຮ່ວມກັນ ແລ້ວໃຫ້ກົມກອງຂອງຕົນ;
- 2) ຂຶ້ນບັນຊີລາຍຊື່ ຄະນະນຳ, ພະນັກງານລັດຖະກອນ ພ້ອມດ້ວຍຄອບຄົວ ເປົ້າໝາຍຮັບວັກຊີນ ຍົກເວັ້ນ ຜູ້ທີ່ໄດ້ຮັບຢາວັກຊີນປ້ອງກັນໂຄວິດ-19 ມາກ່ອນແລ້ວ ສິ່ງໃຫ້ຄະນະຮັບຜິດຊອບສັກຢາວັກຊີນ;
- 3) ແຈ້ງໃຫ້ແຕ່ລະເປົ້າໝາຍ ຕື່ມແບບຟອມສັກຢາວັກຊີນ ໄວ້ລ່ວງໜ້າ ໂດຍສາມາດດາວໂຫຼດແບບຟອມໄດ້ທີ່ ລິ້ງ ລຸ່ມນີ້: <https://drive.google.com/file/d/1REoRBsxwbO6eAz5jFOFrSjFbBuaqLXeI/view?usp=drivesdk> ຫຼື ນຳໃຊ້ແບບຟອມທີ່ຕິດມາພ້ອມນີ້.

ດັ່ງນັ້ນ ຈຶ່ງແຈ້ງມາຍັງທ່ານ ເພື່ອໃຫ້ຄວາມຮ່ວມມື ແລະ ຈັດຕັ້ງປະຕິບັດຕາມແຈ້ງການສະບັບນີ້ດ້ວຍ

ຄະນະຮັບຜິດຊອບ:

ດຣ ນ ຈັນໃສ ບັດທຳມະວິງ 020 5560 6480

ເຊັນແທນ



ປອ. ດຣ. ຈັນດາວອນ ໂພໄຊ



# ໜັງສື ສະໝັກໃຈເຂົ້າຮ່ວມສັກວັກຊີນ COVID-19



ຂ້າພະເຈົ້າ, ສະໝັກໃຈເຂົ້າຮ່ວມສັກວັກຊີນປ້ອງກັນພະຍາດອັກເສບປອດຈາກເຊື້ອຈຸລະໂລກ ໂຄໂລນາສາຍພັນໃໝ່ (COVID-19) ຫຼື ວັກຊີນ COVID-19 (ກະລຸນາເລືອກຊະນິດວັກຊີນ)

ແອສຕາເຊເນກາ (Oxford/AstraZeneca, COVISHIELD),

ຊີໂນຟາມ (Sinopharm, BBIBP-CorV)

ວັກຊີນອື່ນໆ (ລະບຸຊື່: \_\_\_\_\_) ທີ່ກະຊວງສາທາລະນະສຸກ, ສປປ ລາວ ເປັນຜູ້ຮັບຜິດຊອບ.

ຂ້າພະເຈົ້າຮັບຮູ້ວ່າວັກຊີນຊະນິດນີ້ແມ່ນໄດ້ສັກໃຫ້ປະຊາຊົນຫຼາຍປະເທດແລ້ວ, ເປັນວັກຊີນໃຊ້ສຸກເສີນ ເພື່ອປ້ອງກັນ ແລະ

ຄວບຄຸມການລະບາດຂອງພະຍາດ COVID-19. ຂ້າພະເຈົ້າໄດ້ຮັບຊາບລາຍລະອຽດຂອງວັກຊີນດັ່ງກ່າວ ແລະ ກໍ່ໄດ້ມີໂອກາດໄດ້ພິຈາລະນາຂໍ້ມູນທັງໝົດ ລວມທັງໄດ້ສອບຖາມຂໍ້ຂ້ອງໃຈທີ່ມີ ແລະ ໄດ້ຮັບຄໍາຕອບຢ່າງຄົບຖ້ວນກ່ຽວກັບຜົນດີທີ່ຈະໄດ້ຮັບ ແລະ ອາການຂ້າງຄຽງເປົາບາງທີ່ອາດເກີດຂຶ້ນ ພາຍຫລັງໄດ້ຮັບວັກຊີນ COVID-19.

ດັ່ງນັ້ນ, ຂ້າພະເຈົ້າຍິນດີຮັບວັກຊີນດ້ວຍຄວາມສະໝັກໃຈ ເພື່ອການສ້າງພູມຕ້ານທານໃຫ້ກັບຮ່າງກາຍຕົນເອງ ທັງເປັນການຫຼຸດຜ່ອນການແຜ່ລະບາດຂອງ ພະຍາດ COVID-19 ພາຍໃນປະເທດ ແລະ ໃນໂລກ.

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ ຜູ້ຮັບວັກຊີນ: \_\_\_\_\_ ລາຍເຊັນ \_\_\_\_\_

ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ ພະນັກງານສາທາລະນະສຸກ \_\_\_\_\_ ລາຍເຊັນ \_\_\_\_\_

**ຟອມລົງທະບຽນ ແລະ ແບບສອບຖາມ  
ກ່ອນຮັບວັກຊີນໂຄວິດ 19**

**COVID**  
(ລະຫັດຜູ້ຮັບວັກຊີນ)

H						-													
HFID						ລະຫັດຫົມ						ລະຫັດລາຍຊື່							

## ຕົ້ມໂດຍຜູ້ຮັບວັກຊີນ

### I. ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປຂອງຜູ້ຮັບວັກຊີນ:

ເລກບັດປະຈຳຕົວ/ໜັງສືເດີນທາງ: \_\_\_\_\_ ຊື່: \_\_\_\_\_ ນາມສະກຸນ: \_\_\_\_\_

ເພດ:  ຊ  ຍ ວັນເດືອນປີເກີດ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ ອາຍຸ: \_\_\_\_

ທີ່ຢູ່ປັດຈຸບັນ: ບ້ານ (ທີ່ມີກາຈ້າ) \_\_\_\_\_ ເມືອງ \_\_\_\_\_ ແຂວງ \_\_\_\_\_

ອາຊີບ:  ຂະແໜງສາທາລະນະສຸກ  ຂະແໜງສຶກສາ  ພະສົງ  ທຸລະກິດສ່ວນຕົວ  ຂະແໜງການປົກຄອງ

ຂະແໜງກະສິກໍາ  ຂະແໜງການເງິນ  ຂະແໜງຄົມມະນາຄົມ  ການທ່ອງທ່ຽວ  ການບໍລິການ  ສື່ມວນຊົນ  ຮ້ານ

ອາຫານ  ກໍ່ສ້າງ  ອື່ນໆ (ລະບຸ) \_\_\_\_\_ ບ່ອນເຮັດວຽກ: \_\_\_\_\_ ເບີໂທ: \_\_\_\_\_

### II. ປະຫວັດທາງການແພດ: ຄໍາຖາມລຸ່ມນີ້ແມ່ນເພື່ອກັນຕອງວ່າທ່ານຄວນໄດ້ຮັບວັກຊີນຊະນິດໃດ.

1. ທ່ານເຄີຍເປັນພະຍາດໂຄວິດ-19 ບໍ່?  ເຄີຍ  ບໍ່ເຄີຍ / ຖ້າເຄີຍ, ວັນທີ່ປິ່ນປົວຫາຍຂາດ: \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

2. ທ່ານມີພະຍາດໃດລຸ່ມນີ້ບໍ່?  ມີ  ບໍ່ມີ
- ພະຍາດໄຂ້ຫຼັງຊໍາເຮື້ອ  ພະຍາດຕັບຊໍາເຮື້ອ  ຄວາມດັນ
- ເປົາຫວານ  ພະຍາດຕຸ້ຍ ( $\geq \text{BMI } 30 \text{ kg/m}^2$ )  ກຸ່ມອາການດາວຊິນໂດຼມ
- ພະຍາດຫົວໃຈຊໍາເຮື້ອ  ມະເຮັງ  ອື່ນໆ (ລະບຸ) \_\_\_\_\_
- ພະຍາດທາງເດີນຫາຍໃຈຊໍາເຮື້ອ  ພູມຄຸ້ມກັນບົກພ່ອງ
- (ບໍ່ລວມພະຍາດຫອບຫິດແບບເປົາບາງ) (ລວມທັງຜູ້ທີ່ປ່ຽນຖ່າຍອະໄວຍະວະເນື້ອແຂງ)

III. ການກັ່ນຕອງ: ກະລຸນາຕອບຄໍາຖາມລຸ່ມນີ້ເພື່ອໃຫ້ໝັ້ນໃຈວ່າທ່ານສາມາດຮັບວັກຊີນໂຄວິດ-19 ໄດ້.

ເງື່ອນໄຂ / ຄໍາຖາມກັ່ນຕອງ	ໂດສທີ 1		ໂດສທີ 2	
	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ
1. ທ່ານອາຍຸນ້ອຍກວ່າ 18 ປີບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ
2. ມື້ນີ້, ທ່ານຮູ້ສຶກເມື່ອຍບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ
3. ທ່ານມີໄຂ້ຮ້ອນບໍ່? ມີໄຂ້ຮ້ອນ ໝາຍເຖິງອຸນຫະພູມຮ່າງກາຍສູງກວ່າ 38.5 ອົງສາ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ
4. ທ່ານເປັນພະຍາດພູມຄຸ້ມກັນບົກພ່ອງ ຫຼື ກໍາລັງກິນຢາທີ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ລະບົບພູມຄຸ້ມກັນຂອງທ່ານ ຫຼື ບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ
5. ທ່ານເປັນພະຍາດທີ່ເຮັດໃຫ້ເລືອດອອກງ່າຍ ຫຼື ກໍາລັງກິນຢາທີ່ມີຜົນກະທົບຕໍ່ການກ້າມຂອງເລືອດ ຫຼື ບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ
6. ທ່ານມີປະຫວັດຊັກ, ເປັນລົມບໍາໝູ ຫຼື ເປັນພະຍາດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບລະບົບປະສາດ ຫຼື ບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ
7. ທ່ານກໍາລັງໃຫ້ນົມລູກ, ຖືພາ ຫຼື ວາງແຜນຈະເອົາລູກບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ
8. ກ່ອນໜ້ານີ້ທ່ານເຄີຍແພ້ວັກຊີນແບບຮຸນແຮງບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ
9. 2 ອາທິດ ຜ່ານມານີ້ ທ່ານໄດ້ຮັບວັກຊີນຊະນິດອື່ນບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ

**ພາກຕໍ່ໄປນີ້ສໍາລັບພະນັກງານແພດ:**

1. ຜູ້ມາຮັບວັກຊີນຢູ່ກຸ່ມເປົ້າໝາຍໃດ?

- ບຸກຄະລາກອນການແພດ;  ບຸກຄະລາກອນອື່ນທີ່ມີຄວາມສ່ຽງສູງ;  ບຸກຄົນທີ່ຈໍາເປັນຕ້ອງເດີນທາງ ເຂົ້າ-ອອກປະເທດ;
- ຜູ້ທີ່ມີພະຍາດປະຈໍາໂຕ;  ຜູ້ສູງອາຍຸ ( $\geq 60$  ປີຂຶ້ນໄປ);  ອື່ນໆ

2. ກວດອາການພື້ນຖານ: 2.1) ອຸນຫະພູມຮ່າງກາຍ \_\_\_\_\_ 2.2) ຄວາມດັນເລືອດ \_\_\_\_\_ 2.3) ອື່ນໆ \_\_\_\_\_

3. ບຸກຄົນນີ້ມີສິດໄດ້ຮັບວັກຊີນບໍ່?

- ຖ້າຄໍາຕອບທັງໝົດ ຂໍ້ III (1-9) ຕອບວ່າ “ບໍ່ແມ່ນ” ສະແດງວ່າບຸກຄົນນັ້ນ ສາມາດຮັບວັກຊີນໄດ້.
  - ຖ້າມີ ໜຶ່ງ ຄໍາຕອບຕອບວ່າ “ແມ່ນ” ທ່ານຕ້ອງໄດ້ສິນທະນາ ແລະ ປຶກສານໍາຜູ້ມາຮັບວັກຊີນກ່ຽວກັບປະໂຫຍດ ແລະ ຄວາມສ່ຽງໃນການຮັບວັກຊີນ ກ່ອນໃຫ້ເຂົາຕັດສິນໃຈໃນການຮັບບໍລິການ.
- ຜູ້ມາຮັບບໍລິການສາມາດຮັບວັກຊີນໂດສ ຫຼື ເຂັ້ມທີ 1 ໄດ້ຫຼືບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ
- ຜູ້ມາຮັບບໍລິການສາມາດຮັບວັກຊີນໂດສ ຫຼື ເຂັ້ມທີ 2 ໄດ້ຫຼືບໍ່?  ແມ່ນ  ບໍ່ແມ່ນ

**ຂໍ້ມູນວັກຊີນ**

ໂດສ ທີ່ໄດ້ຮັບ	ຊື່ວັກຊີນ/ຜູ້ຜະລິດ	ເລກທີກຸ່ມຜະລິດວັກຊີນ	ວັນທີ່ຮັບວັກຊີນ	ຈຸດ/ສະຖານທີ່ຮັບວັກຊີນ	ຂຽນຊື່ ແພດຜູ້ໃຫ້ວັກຊີນ
ໂດສທີ 1					
ໂດສທີ 2					

**ຫຼັງຈາກ ທີ່ເກີດພາຍໃນ 15 – 30 ນາທີຫຼັງສັກວັກຊີນ**

ໂດສ ທີ່ໄດ້ຮັບ	ພົບວ່າມີ ຫຼັງສັກ	ຖ້າແມ່ນ, ເປັນການແພ້ຮຸນແຮງບໍ່?
ໂດສທີ 1	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ
ໂດສທີ 2	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="radio"/> ບໍ່ແມ່ນ