

**X1. MOH ၏ MODERNA COVID-19 ကာကွယ်ဆေးထိုးရန်
လျှောက်လွှာဖောင်း Form-1**

X1. MOH MODERNA COVID-19 VACCINATION FORM - FORM 1

X2. လူနာကိုယ်တိုင်ဖြည့်ရေးရမည်။ (အကူအညီလိုအပ်ပါကကျွန်ုပ်တို့၏ဝန်ထမ်းများကိုမေးပါ)

X2. TO BE COMPLETED BY PATIENT (please approach our staff if you need help)

အပိုင်း A: ကိုယ်ပိုင်အချက်အလက်များ PART A: PERSONAL PARTICULARS		A1.1 <i>တန်းစီရန်</i> <i>Queue</i>	A1.2 <i>မှတ်ပုံတင်ရန်</i> <i>Registration</i>	
A1.3 နာမည် (စာလုံးကြီးဖြင့်ရေးပါ) A1.3 NAME (BLOCK LETTERS):		A1.4 အိုင်စီနီပီ/ FIN ဖင်နိုင်ငံခြားသားမှတ်ပုံတင်နံပါတ် A1.4 NRIC No./Foreign Identification No.(FIN):		
A1.5 ကျား/မ A1.5 Gender: <input type="checkbox"/> A1.5.1 ကျား A1.5.1 Male <input type="checkbox"/> A1.5.2 မ A1.5.2 Female	A1.6 မွေးသက္ကရာဇ် (ရက်-လ-ခုနှစ်) A1.6 Date of Birth (dd/mm/yyyy): _____	A1.7 အသက် A1.7 Age: _____	A1.8 လူမျိုး A1.8 Ethnic Group: <input type="checkbox"/> A1.8.1 တရုတ် A1.8.1 Chinese <input type="checkbox"/> A1.8.2 မလေး A1.8.2 Malay <input type="checkbox"/> A1.8.3 ကုလား A1.8.3 Indian <input type="checkbox"/> A1.8.4 အခြားလူမျိုး A1.8.4 Others	A1.9 ကိုင်ဆောင်ထားသောနေထိုင်ခွင့် A1.9 Residential Status: <input type="checkbox"/> A1.9.1 နိုင်ငံသား A1.9.1 Citizen <input type="checkbox"/> A1.9.2 ပီအာ A1.9.2 Permanent Resident <input type="checkbox"/> A1.9.3 ရက်ရှည်နေခွင့်ရသူ A1.9.3 Long term <input type="checkbox"/> A1.9.4 အခြားနည်းဖြင့်နေထိုင်ခွင့်ရထားသူ A1.9.4 Other
A1.10 လိပ်စာ* A1.10 Address*: _____		A1.12 ဟင်းဖုန်းနံပါတ် A1.12 Handphone Number: _____		
A1.11 Postal Code A1.11ပို့စကုဒ် _____		A1.13 အီးမေးလိပ်စာ* A1.13 Email Address*: _____		
အပိုင်း B: ကျန်းမာရေးအကြောင်းအရာများ PART B: MEDICAL INFORMATION		<i>စောင့်ဆိုင်းရန်နေရာ</i> <i>Waiting Area</i>		
အပိုင်း B1: ကိုယ်အပူချိန်တက်ခြင်း PART B1: FEVER B1.2 ဖျားနာခြင်း (လွန်ခဲ့သော ၂၄ နာရီအတွင်း ကိုယ်အပူချိန် \geq ၃၇.၅°C)		မဟုတ်ပါ။ NO <input type="checkbox"/>	ဟုတ်သည်။ YES <input type="checkbox"/>	
B1.2 Fever (Temperature \geq 37.5°C) in the past 24 hours?				
အပိုင်း B2: ကာကွယ်ဆေး၏ဘေးဖြစ်စေမှုများ PART B2: ADVERSE EVENTS TO VACCINES သင်သည် ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီးသောအခါ ဓာတ်မတည့်ယားယံမှုများဖြစ်ဖူးပါသလား။		မဟုတ်ပါ။ NO	ဟုတ်သည်။ YES	
Have you ever had any allergic reactions to vaccines:				
<ul style="list-style-type: none"> • ပြင်းထန်စွာဓာတ်မတည့်မှု Anaphylaxis: severe reaction with two or more of the following: (a) hives or face/eyelid/lip/throat swelling, (b) difficulty breathing, (c) dizziness • Have you had rash OR hives OR face/eyelid/lip swelling to vaccines? သင်သည် ယခင်က ကာကွယ်ဆေးကြောင့် ယားယံခြင်း၊ သို့မဟုတ် အင်ပြင်ထခြင်း၊ သို့မဟုတ် မျက်နှာ/မျက်ခွံ/နှုတ်ခမ်းတို့တွင် ယောင်ရမ်းခြင်းတို့ ဖြစ်ဖူးပါသလား။ • Have you been diagnosed with heart inflammation (myocarditis/pericarditis) after a previous dose of a COVID-19 vaccine သင်သည် ပထမအကြိမ် COVID-19 ကာကွယ်ဆေးထိုးပြီး နှစ်လုံးရောင်ယမ်းသည် (myocarditis နှစ်လုံးရောင်ယမ်းခြင်း/pericarditis နှစ်လုံးအမြှေးရောင်ယမ်းခြင်း) ဖြစ်သည်ဟု ရောဂါဖော်ထုတ်ခံရပါသလား။ 				
အပိုင်း B3: အထူးအခြေအနေများတွင် (ကာကွယ်ဆေးထိုးနိုင်ပါသေးသည်) PART B3: SPECIAL SITUATIONS (CAN STILL VACCINATE) ဆေးဝါးများ၊ အစားအစာ၊ ပိုးမွှားကိုက်ခြင်းနှင့် အခြားမသိရသော အကြောင်းများကြောင့် ပြင်းထန်စွာဓာတ်မတည့်မှုတို့ ဖြစ်ဖူးပါသလား။		မဟုတ်ပါ။	ဟုတ်သည်။	
Have you ever had anaphylaxis to medications, insect stings, food or unknown triggers? (For females) Are you pregnant or suspect that you are pregnant (late menstrual period)?				

(အမျိုးသမီးများအတွက်သာ) သင်ကိုယ်တိုင်ရှိနေလား၊ သို့မဟုတ်ကိုယ်တိုင်ရှိသည်ဟုထင်မှတ်နေပါသလား။ (ရာသီလာရာတွင်နောက်ကျနေခြင်း)		
သင်အောက်ပါဆေးများသုံးစွဲနေရပါသလား၊ သို့မဟုတ်အောက်ပါရောဂါအခြေအနေများဖြစ်ပွားနေပါသလား။ Are you currently taking these medications or have these medical conditions?		
<ul style="list-style-type: none"> • သွေးကြဲစေသောဆေးဝါးများ၊ ဥပမာ (warfarin apixaban rivaroxaban စသဖြင့်) Blood-thinning medications (eg. warfarin, apixaban, rivaroxaban etc) • သွေးမတိတ်သောရောဂါသို့မဟုတ်ပလိတ်လက်စ် platelets အရေအတွက်လျော့နည်းခြင်း။ Bleeding disorder or low platelets • လွန်ခဲ့သော ၃ လက Immunotherapy ကိုယ်ခံအား ကိုအသုံးပြုပြီးကင်ဆာရောဂါကုသခြင်း/ Chemotherapy ကင်ဆာဆေးသောက်သုံးခြင်း/ Radiotherapy ဓာတ်ကင်ခြင်း၊ သို့မဟုတ်နောက်လမည့် ၂ လအတွင်းအထက်ပါတိုဖြင့်ကုသခံရမည်ဟုရှိပါက၊ ကင်ဆာအထူးကုဆရာဝန်နှင့်တိုင်ပင်ပါ။ • On cancer treatment (immunotherapy / chemotherapy / radiotherapy in the past 3 months OR planned in the next 2 months) # • လွန်ခဲ့သော ၃ လအတွင်းကစန္ဒာကိုယ်အစိပ်အပိုင်းတစ်ခုစိပ်အစားထိုးခဲ့ဖူးပါသလား။ # Recent transplant in the past 3 months # • ကင်ဆာမဟုတ်သောရောဂါအခြေအနေအတွက်၊ ကိုယ်ခံအားကိုလှုံ့ဆော်ပေးသော (ဥပမာ rituximab စသောဆေးဖြင့်ကုသခံနေခြင်း) # Aggressive Immunotherapy for non-cancer conditions (e.g. rituximab etc) # 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

အပိုင်း C လူနာ၏တင်ပြချက်နှင့်သဘောတူညီချက်များ။
PART C: PATIENT DECLARATION AND CONSENT

C1.1 ကျွန်ုပ်တို့၏တင်ပြချက်များသည်တစ်နိုင်သမျှအားလုံးမှန်ကန်ပြီး၊ ပြည့်စုံကြောင်းအာမခံပါသည်။ C1.1 I declare that the information I have given is true and complete to the best of my knowledge			
C1.2 COVID-19 ကာကွယ်ဆေး၏ကောင်းကျိုးနှင့် အန္တရာယ် မလိုလားအပ်သော အကျိုးသက်ရောက်မှုများကိုကျွန်ုပ်အားနားလည်အောင်ရှင်းလင်းပြောပြထားပြီးနောက်၊ ကျွန်ုပ်က COVID-19 ကာကွယ်ဆေးကိုထိုးနှံလိုပါသည်။ C1.2 I have been informed of the risks, benefits and side effects of COVID-19 vaccination, and I wish to receive COVID-19 vaccination			
<input type="checkbox"/> C1.3 ကျွန်ုပ်တို့သည် COVID-19 ကာကွယ်ဆေးထိုးရန် သဘောတူပါသည်။ သို့မဟုတ် C1.3 I AGREE to receive COVID-19 vaccination; OR		<input type="checkbox"/> C1.4 ကျွန်ုပ်တို့သည် COVID-19 ကာကွယ်ဆေး** ထိုးရန် သဘောမတူပါ။ C1.4 I DO NOT wish to receive COVID-19 vaccine**	

_____ C1.5 လူနာ၏နာမည်/ မိဘ/ အုပ်ထိန်းသူ C1.5 Name of patient / parent / guardian	_____ C1.6 အိုင်စီနီနံပါတ်/ဖင် FIN နံပါတ် C1.6 NRIC No. / FIN	_____ C1.7 ထိုးမြဲလက်မှတ် C1.7 Signature	_____ C1.8 ရက်စွဲ (ရက်/လ/ခုနှစ်) C1.8 Date (dd/mm/yyyy)
--	---	--	---

* X3. ရက်ချိန်းယူထားပြီးနာမည်စာရင်းပေးထားသူများနှင့် ကိုယ်တိုင်ကာကွယ်ဆေးထိုးရေးကျင့်ဆောင်ချက်ကိုလိုက်နာသော ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းများသည် ခရေပွင့်* ပြထားသော အကွက်များတွင်ဖြည့်စွက်ရန်မလိုပါ။
X3. Fields not required if names are submitted via nominal roll, appointment booking system and healthcare workers under the self-vaccination exercise.
** X4. COVID -19 ကာကွယ်ဆေးမထိုးလိုသူတို့သည် **ပုံစံ- ၂ Form 2** ကိုဖြည့်စွက်ရန်မလိုအပ်ပါ။
X4. If patient **does not** wish to receive COVID-19 vaccine, there is no need to complete **FORM 2**.
Memo from treating specialist is required to proceed with vaccination.
ကာကွယ်ဆေးထိုးရန်သင်၏အထူးကုဆရာဝန်၏မှတ်တမ်းစာယူလာရန်လိုအပ်သည်။

X5. MOH ၏ MODERNA COVID-19 ကာကွယ်ဆေးထိုးရန်
လျှောက်လွှာဖောင်း (ASSESSMENT CLINIC) –FORM 2
X5. MOH MODERNA COVID-19 VACCINATION FORM (ASSESSMENT CLINIC) – FORM 2

X6. ဆရာဝန်သို့မဟုတ်နာဗ်မက ကာကွယ်ဆေးထိုး
သောဌာနတွင် ပြည့်ရမည်။
X6. TO BE COMPLETED BY DOCTOR OR NURSE AT VACCINATION SITE

PART D: CLINICAL SAFETY REVIEW OF PATIENTS			
PART D1: NOT ELIGIBLE FOR COVID-19 VACCINATION			
IF YES → DO NOT VACCINATE	NO	YES	
<ul style="list-style-type: none"> • Child under age 18 years 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PART D2: CONTRAINDICATIONS TO COVID-19 VACCINE			
IF YES → DO NOT VACCINATE	NO	YES	
<ul style="list-style-type: none"> • High-risk/immediate (onset ≤4h) allergic reaction or anaphylaxis to previous dose of same vaccine, or any of its components • Myocarditis / pericarditis after a previous COVID-19 vaccine 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PART D3: PRECAUTIONS → POSTPONE VACCINATION			
IF YES → DO NOT VACCINATE	NO	YES	
<ul style="list-style-type: none"> • Fever (≥ 37.5°C) in past 24 hr → Re-schedule vaccination when fever has resolved • Allergy of anaphylaxis to other (non-COVID-19) vaccines → Refer to allergist* 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PART D4: SPECIAL SITUATIONS → CAN VACCINATE			
IF YES to being on anti-coagulation, has bleeding disorder or low platelets →	NO	YES	
<ul style="list-style-type: none"> • Advise to hold firm pressure at injection site for 5 minutes 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IF YES to being/possibly pregnant →			
<ul style="list-style-type: none"> • Check if patient wishes to discuss with obstetrician (optional) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IF YES to any of the below, check if the suitability has been assessed by treating specialist			
<ul style="list-style-type: none"> • On cancer treatment (immunotherapy / chemotherapy / radiotherapy) less than 3 months ago or planned in the next 2 months • Recent transplant in the past 3 months • Aggressive immunotherapy for non-cancer conditions (e.g. rituximab, etc.) 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
IF YES to history of anaphylaxis →			
<ul style="list-style-type: none"> • ENSURE POST-VACCINATION OBSERVATION PERIOD OF 30 MINUTES 	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
CLINICAL ASSESSMENT:	Form Completed by		
<input type="checkbox"/> Risks, benefits, adverse effects discussed; patient form & consent checked VACCINATE? <input type="checkbox"/> YES → PROCEED TO VACCINATION <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Not eligible OR has contraindications → NO VACCINATION <input type="checkbox"/> Fever → RESCHEDULE vaccination when fever has resolved <input type="checkbox"/> Allergy or anaphylaxis to other vaccines → Refer to allergist*	<hr style="width: 100%;"/> Name (stamp) / Signature / Date		
PART E: VACCINATION RECORD			
COVID-19 vaccine given:	Injection site:	Vaccine Brand:	Batch number:
<input type="checkbox"/> #1 Date: <input type="checkbox"/> #2 Date: <input type="checkbox"/> #3 Date:	<input type="checkbox"/> Left deltoid <input type="checkbox"/> Right deltoid <input type="checkbox"/> Other _____	<input type="checkbox"/> Pfizer-BioNTech/ Comirnaty <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> Sinovac <input type="checkbox"/> Other _____	
		Bottle number (if applicable):	
Place of Vaccination:		Vaccinated by:	
		<hr style="width: 100%;"/> Name (stamp) / Signature / Date	

PART F: OBSERVATION & DISCHARGE

<input type="checkbox"/> Vaccine card & vaccine information sheet (VIS) given <input type="checkbox"/> Observe patient for 30 min after vaccination (for syncope, anaphylaxis etc) <input type="checkbox"/> If allergic symptoms develop in first 30 min, observe until stable or refer to ED	Time of vaccination:
Remarks by doctor (If treatment required):	Assessed by: _____ Name (stamp) / Signature / Date

* Please refer to the [Allergist Referral Form for COVID-19 vaccination] if the individual is eligible for further evaluation by an allergist.