

МАЯГТ

Корона вирус19-ын вакцинжуулалтад хамрагдахын өмнө хийлгэх урьдчилсан үзлэгийн хуудас



시각장애인을 위한 QR코드

- Корона вирус т халдвар19(цаашид корона 19 гэнэ)-с урьдчилан сэргийлэх вакцинжуулалтад хамрагдах тухай заавар болон вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа илэрч болзошгүй гаж урвалын тухай тайлбар авсан бөгөөд эмчийн урьдчилсан үзлэгийн хариуны дараа өгсөн заавар зөвлөгөөг дагаж вакцинжуулалтад хамрагдана.  Зөвшөөрөв  Зөвшөөрөхгүй
- Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдахыг зөвшөөрч байгаа бол вакцинжуулалтын аюулгүй байдлыг хангах үүднээс дараах асуулыг уншиж сайтар танилцаад өөрөө хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагч) бөглөнө үү.

Овог нэр		Иргэний үнэмлэхний дугаар(гадаад иргэний үнэмлэхний дугаар)	- ( <input type="checkbox"/> Эр <input type="checkbox"/> Эм )
Утасны дугаар	(гэрийн утас)	(Гар утас)	
<b>Вакцинжуулалтанд хувийн мэдээлэл ашиглахыг зөвшөөрөх тухай</b>			<b>өөрөө(хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагч) бөглөнө <input checked="" type="checkbox"/></b>
<p>ГХалдварт өвчнөөс урьдчилан сэргийлэх, хяналт тавих тухай хууль-н 33.4 дүгээр заалт болон энэхүүхуулийн дагуу гаргасан тогтоолын 32.4 дүгээр заалтын дагуу иргэний үнэмлэхний дугаар зэрэг хувийн чанартай мэдээллийг авна. Доорхи нэр заасан мэдээллийг нэмж цуглуулж авна.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ Хувийн мэдээлэл цуглуулж авах-ашиглах зорилго: ■ Доор нэр заасан вакцинд хамрагдах эсэх, гүйцэд хамрагдсан эсэх, вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа илэрч болзошгүй сөрөг үр дагаварын талаархи мессеж илгээх, хүлээж авах</li> <li>■ Цуглуулж авах- ашиглах хувийн мэдээлэл: Хувийн мэдээлэл: Хувийн чанартай мэдээлэл, үүнд иргэний үнэмлэхний дугаар багтана), утасны дугаар(гэрийн/гар утас)</li> <li>■ Хувийн мэдээллийг хадгалах, ашиглах хугацаа: 5 жил</li> </ul>			
1. Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдахын өмнө<Корона19 вакцины хяналтын систем>-д вакцинжуулалтад хамрагдсан хүний нэрсийн жагсаалтад нэр орсон эсэхийг урьдчилан шүүж шалгахыг зөвшөөрч байна.		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
*Вакцинжуулалтад хамрагдахын өмнө*Вакцинжуулалтад хамрагдсан хүний нэрсийн жагсаалтаас нэр шүүхийг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд хийлгэх шаардлагагүй вакцинд хамрагдах, вакцинд давхар хамрагдах тохиолдол гардаг.			
2. Дараахь Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдах эсэх, гүйцэд хамрагдсан эсэх тухай мэдээллийг гар утсанд мессежээр хүлээн авахыг зөвшөөрч байна.		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
*Мессеж хүлээж авахыг зөвшөөрөөгүй тохиолдолд холбогдох мэдээллийг хүлээн авах боломжгүй. ※ Харин Вакцинд хамрагдагчийн амь нас эрүүл мэндийг хамгаалахын тулд шинж тэмдэгтэй холбоотой чухал мэдээлэл гэх мэт мэдээлэл очих болохыг анхаарна уу.			
<b>Вакцинжуулалтад хамрагдсан хүнээс тодруулах зүйлс</b>			<b>өөрөө(хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагч) бөглөнө <input checked="" type="checkbox"/></b>
① (Эмэгтэй) Та одоо жирэмсэн үү?		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
② Өнөөдөр таны биед ямар нэгэн зовиур байна уу? Зовиурын шинж тэмдгийг бичнэ үү.( )		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
③ Корона19-н халдвартай гэсэн онош тогтоолгож байсан уу? Тийм бол онош тогтоосон огноог бичнэ үү.( он сар өдөр)		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
④ Сүүлийн 14 хоногт вакцинжуулалт(корона вакцинаас бусад)-д хамрагдсан уу?		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
⑤ Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдаж байсан уу? "Үгүй" гэж хариулсан бол ⑥ дугаар асуулт руу шилжинэ.Тийм бол вакцин хийлгэсэн огноог бичнэ үү. (Вакцин хийлгэсэн огноо: он сар өдөр)		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
⑤-1Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа хүчтэй харшил(анафилакси: шоконд орох, амьсгал давчдах, ухаан алдаж унах, уруул/ам хавдах зэрэг) илэрсний улмаас эмчилгээ хийлгэж байсан уу? (Хүчтэй харшил илэрсэн вакцины төрөл: )		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
⑤-2 Корона19 вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа цусны ийдэс багасах цус нөжирч бөглөрөх, хялгасан судас алдагдах хам шинж тэмдэг, зурхний булчингийн үрэвсэл/үнхэцлэг хальсны үрэвсэл гэх мэт хүнд өвчний шинж тэмдэг илрэн эмчлүүлж байсан уу? (хүнд өвчний шинж тэмдгийн төрөл : , реакци өгсөн вакцины төрөл: )		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
⑥ Урьд нь хүчтэй харшил(Анафилакси: Шоконд орох, амьсгал давчдах, ухаан алдаж унах, уруул/ам хавдах зэрэг) илэрсний улмаас эмчилгээ хийлгэж байсан уу? Тийм бол хүчтэй харшил үүсгэсэн бодисын нэрийг бичнэ үү.( )		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
⑦ Та цус бүлэгнэдэг өвчтэй эсвэл цус шингэлэх эм уудаг уу? Тийм бол өвчний нэр болон ууж байгаа эмнийхээ нэрийг бичнэ үү. ( )		<input type="checkbox"/> тийм <input type="checkbox"/> үгүй	
Өөрийн (хуулийн төлөөлөгч, асран хамгаалагчийн) нэр: (Гарын үсэг) Вакцин хийлгэх хүнтэй ямар холбоотой болох: Он сар өдөр			
<b>Эмчийн урьдчилсан үзлэгийн хариу(Эмчийн тэмдэглэл)</b>			<b>шалгаж бөглөнө <input checked="" type="checkbox"/></b>
Биеийн халуун : °C	Вакцинжуулалтад хамрагдсаны дараа үүсч болзошгүй гаж урвалын талаар тайлбарласан.		<input type="checkbox"/>
"Вакцинжуулалтын дараа гаж урвал илэрч байгаа эсэхийг ажиглахын тулд вакцин хийлгэсний дараа эмнэлэг дээр 15-30 минут хүлээх ёстой" гэдгийг тайлбарласан.			<input type="checkbox"/>
Урьдчилсан үзлэгийн хариу	<input type="checkbox"/> Вакцин хийлгэх боломжтой.		
	<input type="checkbox"/> Вакцинжуулалтыг хойшлуулах(Шалтгаан: )		
	<input type="checkbox"/> Вакцинжуулалтад хамрагдахыг хориглоно.(Шалтгаан: )		
Дээрх асуулга, үзлэгт хамрагдсан болохыг батлав		Эмчийн нэр : (Гарын үсэг)	
<b>Вакцинжуулалт хийсэн байгууллагын тэмдэглэл</b>			
Үйлдвэрлэсэн компани нэр		Вакцин үйлдвэрлэлийн дугаар	Вакцин хийлгэх биеийн хэсэг <input type="checkbox"/> Зүүн булчин <input type="checkbox"/> Баруун булчин
Вакцинжуулалтад хамрагдагчийн овог нэр:		(Гарын үсэг)	