Australian Government

COVID-19 VACCINATION

COVID-19 එන්නත සඳහා අනුමැතිය ලබාදීමේ පෝරමය

මෙම පෝරමය පිරවීමට පෙර ඔබට ලබාදෙන එන්නත සම්බන්ධ තොරතුරු පත්‍රිකාව කියවා ඇති බවට වග බලා ගන්න: Vaxzevria (AstraZenaca), Cominarty (Pfizer) හෝ Spikevax (Moderna).

අවසන් යාවත්කාල කිරීම: 2021 ඔක්තෝබර් 8

COVID-19 එන්නත සම්බන්ධව

COVID-19 එන්නත ලබා ගත් අය හට COVID-19 ලෙසින් හඳුන්වන ආසාදනයෙන් රෝගාතුරවීමේ අවස්ථා ඉතා අඩුවේ.

ඕස්ට්‍රේලියාවේ භාවිතය සඳහා එන්නත් ආකාර තුනක් ඇත. සියළුම ආකාර ඵලදායී සහ ආරක්ෂාකාරීවේ. වයස අවුරුදු 60 ට වඩා අඩු වැඩිහිටියන් හට AstraZenaca එන්නතට වඩා Pfizer සහ Moderna වඩා යෝග්‍යවේ.

එකම වගර්යේ එන්නතක් ඔබ විසින් භාවිතා කිරීම අවශ්‍යවේ. ඔබගේ පළමු මාත්‍රාව ලබා ගන්නා අවස්ථාවේදී, ඔබගේ දෙවන මාත්‍රාව ලබාගත යුතු කවදාද යන්න ඔබට දැනුම් දෙනු ඇත.

දරුණු ලෙස ප්‍රතිශක්තිකරණය හීනවූ අය සඳහා ප්‍රාථමික මාත්‍රාවල කොටසක් වශයෙන් තුන්වන මාත්‍රාවක් ලබා ගැනීම අවශ්‍ය විය හැකිය. බලන්න: www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

COVID-19 එන්නත් ආරක්ෂාකාරී බව තහවුරු කිරීම සඳහා එය වෛද්‍ය විශේෂඥයන් විසින් අධ්‍යයනය කර ඇත. බොහෝ අතුරු ආබාධ ඉතා සුළුවේ. ඒවා එන්නත ලබාදුන් දිනයේ ආරම්භ වන අතර දින එකේ සිට දෙක අතර කාලයක් පවතී. ඕනෑම එන්නතක් හෝ බෙහෙතක් මෙන්, ඒවායෙහි දුලභ හෝ නොදන්නා අතුරු ආබාධ තිබිය හැකිය.

AstraZenaca හි ඉතා විරළ අතුරු ආබාධයක් ලෙස ත්‍රොම්බොසයිටොපීනියා සින්ඩ්‍රෝමය සමඟ ත්‍රොම්බෝසිස්, හෝ ලෙස හැඳින්වෙන TTS ඇත. මෙයින් අදහස් වන්නේ, අඩු රුධිර පට්ටිකා මට්ටම් (ත්‍රොම්බොසයිටොපීනියා) සමඟ රුධිරය කැටිගැසීම (ත්‍රොම්බෝසිස්) ඇතිවීමයි. Pfizer හෝ Moderna ගැනීමෙන් අනතුරුව TTS ඇති නොවේ.

Pfizer සහ Moderna ලබා ගැනීමෙන් අනතුරුව මයෝකාඩයිටිස් සහ පෙරිකාඩයිටිස් (හෘදයේ ඉන්ෆ්ලමේෂන්) ලෙස හැඳින්වෙන රෝගී තත්වයක් වාතර්‍ා වී ඇත. බොහෝ රෝග ඉතා අඩු මට්ටමේ වන අතර ඉතා ඉක්මණින් සුවවී ඇත.

එන්නත ලබා දීමෙන් පසුව ඔබ කණස්සල්ලට පත්වන අතුරු ආබාධයක් ඇතිනම්, කරුණාකර ඔබගේ සෞඛ්‍යය රැකවරණ සපයන්නා හට දැනුම් දෙන්න.

එන්නත ලබාදී සතියකට පසු ඔබගේ තත්වය බැලීම සඳහා SMS හෝ ඊමේල් පණිවුඩයක් මගින් ඔබ හා සම්බන්ධ විය හැකිය.

නම:												
මෙඩිකොයාර් අංකය:												

එන්නත ලබාදීමට පසුව වුවද, සමහර අය හට COVID-19 ආසාදනය විය හැකිය. එමනිසා ඔබගේ ප්‍රාන්තයේ හෝ ටෙරිටරියේ COVID-19 පැතිරීම වැළැක්වීම සම්බන්ධයෙන් ගතයුතු මහජන සෞඛ්‍යය උපදෙස් අනුගමනය කල යුතුය:

- ඔබගේ දුරස්ථභාවය පවත්වා ගන්න - අන් අයගෙන් අවම වශයෙන් මීටර 1.5 ක දුර පවත්වා ගන්න
- සබන් සහ ජලය යොදා ඔබගේ අත් නිතිපතා සෝදා ගන්න, නැතිනම් හැන්ඩ් සැනිටයිසර් භාවිතා කරන්න
- මුහුණු ආවරණයක් පළඳින්න
- උණ හෝ සෙම්ප්‍රතිශ්‍යා වැනි රෝග ලක්ෂණ ඇතිව ඔබට අසනීප නම්, නිවසේ රැඳී සිට COVID-19 පරීක්ෂණයක් කරවා ගන්න.

නීතිය මගින් අවශ්‍ය වන පරිදි එන්නත් සපයන්නන් විසින් සියළුම එන්නත් ලබාදීම් ඕස්ට්‍රේලියානු එන්නත් ලේඛණයේ වාතර්ාගත කරනු ඇත. ඔබගේ එන්නත් දුවර්ල වූ මාගර්ස්ථ ආකාරයට ඔබට දැකබලාගත හැකිවේ:

- Medicare ගිණුම
- MyGov ගිණුම
- My Health Record ගිණුම.

ඔබගේ තොරතුරු උපයෝගී කර ගන්නා ආකාරය

ඔබගේ පුද්ගලික තොරතුරු ලබාගන්නා, තැන්පත් කර තබන සහ උපයෝගී කර ගන්නා ආකාරය සම්බන්ධ වැඩිදුර විස්තර සඳහා www.health.gov.au/using-our-websites/privacy/privacy-notice-for-covid-19-vaccinations වෙබ් අඩවිය වෙත පිවිසෙන්න.

ඔබ විසින් එන්නත ලබා ගන්නේ ඖෂධහලකින් නම්, ඖෂධහල විසින් ඔබේ සමහර පෞද්ගලික තොරතුරු ඖෂධහල් වැඩසටහන් පරිපාලක වෙත හෙළිදරව් කළ යුතුය. ඖෂධහලට ඔවුන්ගේ ගෙවීම් ඕස්ට්‍රේලියානු රජය මඟින් ලබා ගත හැකි වන්නේ එසේ කළ විටය. මෙසේ සිදු කළ යුත්තේ ඇයිද යන්න සහ හෙළිදරව් කෙරෙන තොරතුරු පිළිබඳ වැඩි විස්තර සඳහා ඉහත සබැඳිය වෙත යන්න.

ඔබගේ එන්නත ලබා ගන්නා දිනයේ

එන්නත ලබා ගැනීමට පෙර පහත කිසිදු කරුණක් ඇතිනම්, එන්නත ලබා දෙන අයට ඒ බව පවසන්න:

- පහත දෙයකට විශේෂයෙන් දරුණු ආසාත්මික ප්‍රතිචාරයක ඇතිවුණි නම්:
  - COVID-19 එන්නතෙහි කලින් මාත්‍රාවකට,
  - COVID-19 එන්නතෙහි කිසියම් සංඝටකයකට,
  - වෙනත් එන්නතකට හෝ බෙහෙතකට
- ඔබගේ ප්‍රතිශක්තිකරණය හීනවී ඇතිනම්. මෙයින් අදහස් වන්නේ ඔබට දුවර්ලවූ ප්‍රතිශක්තිකරණ පද්ධතියක් ඇති අතර ඔබට ලෙඩ රෝගවලට එරෙහිව සටන් කිරීම වඩා අපහසු වීම. ඔබට තවමත් COVID-19 එන්නතක් ලබා ගත හැකිය, නමුත් ඔබේ යටින් පවතින තත්වය සහ / හෝ ප්‍රතිකාරය අනුව එන්නත ලබා ගත හැකි හොඳම වේලාව සලකා බැලීමට කැමති විය හැකිය.

නම:												
මෙඩිකොයාර් අංකය:												

කැමැත්ත සම්බන්ධ සෝදිසි ලැයිස්තුව

ඔව්	නැත	
☐	☐	කිසියම් දෙයකට ඇනෆිලැක්සිස් වැනි දරුණු අසාත්මිකතා ප්‍රතිචාරයක් තිබේද?
☐	☐	මෙයට පෙර එන්නත් ලබාදුන් අවස්ථාවක අසාත්මික ප්‍රතිචාරයක් ඇති වුණිද?
☐	☐	කලින් ලබා දුන් COVID-19 මාත්‍රාවකට පසු පළපුරුදු ප්‍රතිශක්තිකරණ සපයන්නෙකු හෝ වෛද්‍ය විශේෂඥයෙකු මගින් සමාලෝචනය කල පසු ඔබට දරුණු අහිතකර ප්‍රතිචාරයක් ඇති වුණු අතර හදුනා ගත් වෙනත් හේතුවක් නොමැති වූයේද?
☐	☐	නැවත නැවත ඇතිවන ඇනෆිලැක්සිස් ඇති කරන මැස්ටොසයිටෝසිස් (Mast cell disorder) ඔබට කිසිදිනක තිබුණිද?
☐	☐	ඔබට කලින් COVID-19 ආසාදනයවී තිබේද?
☐	☐	ඔබට රුධිරය වහනය වන රෝගයක් තිබේද?
☐	☐	ඔබගේ රුධිරය තුනීවීම සඳහා (රුධිරය කැටි ගැසීමට එරෙහි ප්‍රතිකමර්) කිසියම් බෙහෙතක් ලබා ගනීද?
☐	☐	ඔබට දුවර්ල වූ ප්‍රතිශක්තිකරණ පද්ධතියක් (ප්‍රතිශක්තිය හීනවූ) තිබේද?
☐	☐	ඔබ ගහර්ණීද?*
☐	☐	ඔබ කැස්ස, උගුරේ ආසාදන, උණ හෝ වෙනත් ආකාරයක අසනීප ගතියකින් සිටීද?
☐	☐	ඔබ කලින් COVID-19 එන්නත ලබා තිබේද?
☐	☐	පසුගිය දින 7 ඇතුලත වෙනත් එන්නතක් ලබාගෙන තිබේද?

AstraZenaca එන්නත ලබා ගත් අය සම්බන්ධයෙන් පමණක් අදාලවේ:

☐	☐	ඔබට කිසි දිනෙක කැපිලරි ලීක් සිනඩ්‍රෝමය තිබුණිද?
☐	☐	කලින් AstraZenaca මාත්‍රාවක් ලබා ගෙන දින 42 ක් ඇතුලත ත්‍රොම්බෝටික් ත්‍රොම්බොසයිටොපෙනික් සින්ඩ්‍රෝමය ඇතුළු ප්‍රධානආකාරයේ වේනස් සහ/හෝ ආටරීරියල් ත්‍රොම්බෝසිස් සමඟ ත්‍රොම්බොසයිටොපීනියා කිසි දිනෙක තිබුණිද?
☐	☐	ඔබට සෙරිබ්‍රල් වේනස් සයිනස් තොම්බ්‍රෝසිස් සම්බන්ධ ඉතිහාසයක් තිබේද?*
☐	☐	ඔබට හෙපරින් හේතුවෙන් තොම්බොසයිටොපීනියා සම්බන්ධ ඉතිහාසයක් තිබේද?*
☐	☐	ඔබට කිසි දිනක උදරයේ රුධිර වාහිණීවල (ස්පැලැන්ච්නික් වේන්) ලේ කැටි ගැසීම් ඇතිවී තිබේද?*
☐	☐	ඔබට කිසි දිනක රුධිර කැටි ගැසීම් සමඟ සම්බන්ධවුණු ඇන්ටිෆොස්ෆොලොයිඩ් සින්ඩ්‍රෝමය ඇතිවී තිබේද?*
☐	☐	ඔබ වයස අවුරුදු 60 ට වඩා අඩුද?*

*මෙම කාණ්ඩවල අයට Cominarty හෝ Moderna එන්නත වඩා මනාප එන්නත වුවද, එය ලබාගත නොහැකි නම්, අවදානමට වඩ ප්‍රතිලාභ වැඩිනම්, කෝවිඩ්-19 ඇස්ට්‍රාසෙනකා එන්නත ලබා ගැනීම සලකා බැලිය හැකිය. වැඩිදුර විස්තර සඳහා:

වැඩිදුර විස්තර සඳහා බලන්න: www.health.gov.au/resources/publications/patient-information-sheet-on-astrazeneca-covid-19-vaccine-and-thrombosis-with-thrombocytopenia-syndrome-tts.

නම:													
මෙඩිකොයාර් අංකය:													

ඔබ ගර්භනී නම් බලන්න: www.health.gov.au/resources/publications/covid-19-vaccination-shared-decision-making-guide-for-women-who-are-pregnant-breastfeeding-or-planning-pregnancy.

Cominarty හෝ Moderna ලබා ගන්නා අය සඳහා පමණක් අදාලවේ:

☐	☐	කලින් ලබාගත් Pfizer හෝ Moderna මාත්‍රාවක් හේතුවෙන්ඔබට කිසි දිනෙක මයෝකාඩර්යිටිස් හෝ පෙරිකාඩයිටිස් ඇති බවට හඳුනා ගෙන තිබුණිද?
☐	☐	ඔබට පසුගිය මාස හය ඇතුලත මයෝකාඩර්යිටිස්, පෙරිකාඩයිටිස් හෝ එන්ඩොකාඩරීයාටිස් තිබුණිද?
☐	☐	ඔබට දැනට ඇකියුට් රූමටික් ෆීවර් හෝ ඇකියුට් රූමටික් හෘදයාබාධ තිබේද?
☐	☐	ඔබට දරුණු ලෙස හෘදය අසමත්වීම තිබේද?

ඉහත කිසියම් ප්‍රශ්නයකට ඔබ ඔව් යනුවෙන් පිළිතුරු සපයා ඇතිනම්, ඔබට තව දුරටත් හෝ ලබා ගත හැකි වියබ හැකිය. කෙසේවුවද ඔබගේ වෛද්‍යවරයා, ප්‍රතිශක්තිකරණ විශේෂඥයා හෝ හෘද විශේෂඥයා සමඟ එන්නත ලබා ගැනීම සම්බන්ධ හොඳම කාලය සහ අවශ්‍ය අමතර පූවර්රක්ෂාවන් සාකච්ඡා කල යුතුය.

අවසන් යාවත්කාලීන කිරීම: 2021 ඔක්තෝබර් 8

නම:												
මෙඩිකොයාර් අංකය:											■	

රෝගියා සම්බන්ධ තොරතුරු

නම:	
මෙඩිකෙයාර් අංකය:	
පුද්ගලික සෞඛ්‍ය හැඳුනුම්කාරකය (IHI) අදාළ වේ නම්:	
උපන් දිනය:	
ලිපිනය:	
දුරකථන අංකය:	
ඊමේල්:	
ස්ත්‍රී පුරුෂ බව:	
නිවසේ කතා කරන භාෂාව:	
උපන් රට:	

ඔබ ඇබොරිජිනල් සහ/හෝ ටෝරස් ස්ට්‍රෙට් දූපත් වාසියෙක්ද?

- ☐ ඔව්, ඇබොරිජිනල් පමණයි
- ☐ ඔව්, ටෝරස් ස්ට්‍රෙට් දූපත් වාසියෙක් පමණයි
- ☐ ඔව්, ඇබොරිජිනල් සහ ටෝරස් ස්ට්‍රෙට් දූපත් වාසියෙක්
- ☐ නැත
- ☐ පිළිතුරු නොදී සිටීමට මනාපවේ

සමීපතම ඥාතියා (හදිසි අවස්ථාවකදී):	
නම:	
දුරකථන අංකය:	

COVID-19 එන්නත ලබා ගැනීම සඳහා කැමැත්ත

☐ COVID-19 එන්නත සම්බන්ධයෙන් මා හට තොරතුරු ලබාදුන් අතර එය අවබෝධ කර ගත් බව මම සනාථ කරමි.

☐ ඉහත සඳහන් කිසිදු කොන්දේසියක් මා හට අදාල නොවන බව, හෝ මේවා හෝ වෙනත් විශේෂ අවස්ථානුගත කරුණු මාගේ සාමාන්‍ය සෞඛ්‍යය රැකවරණ සපයන්නා සමඟ සහ/හෝ එන්නත් සේවා සපයන්නා සමඟ සකච්ඡා කල බව මම සනාථ කරමි.

☐ COVID-19 එන්නත් ලබා ගැනීමට මම එකඟ වුනෙමි (සමාන එන්නතින් මාත්‍රා දෙකක්).

රෝගියාගේ නම:	
රෝගියාගේ අත්සන:	
දිනය:	

නම:	
මෙඩිකොයාර් අංකය:	

☐ මම රෝගියාගේ නෛතික භාරකරු හෝ නෛතික විකල්ප තීරණ ගන්නා අය වන අතර ඉහත නම් සඳහන් රෝගියා හට COVID-19 එන්නත ලබා දීමට එකඟ වෙමි.

නෛතික භාරකරු/නෛතික විකල්ප තීරණ ගන්නා අයගේ නම:	
නෛතික භාරකරු/නෛතික විකල්ප තීරණ ගන්නා අයගේ අත්සන:	
දිනය:	

නම:												
මෙඩිකොයාර් අංකය:												

සපයන්නාගේ ප්‍රයෝජනය සඳහා:

1 වන මාත්‍රාව:

එන්නත ලබාදුන් දිනය:	
ලබාදුන් වේලාව:	
ලබාදුන් COVID-19 එන්නත් වගර්ය:	
බැච් අංකය:	
සීරියල් අංකය:	
එන්නත ලබා දුන් ස්ථානය:	
එන්නත් සේවා සපයන්නාගේ නම:	

2 වන මාත්‍රාව:

එන්නත ලබාදුන් දිනය:	
ලබාදුන් වේලාව:	
ලබාදුන් COVID-19 එන්නත් වගර්ය:	
බැච් අංකය:	
සීරියල් අංකය:	
එන්නත ලබා දුන් ස්ථානය:	
එන්නත් සේවා සපයන්නාගේ නම:	

3 වන මාත්‍රාව*

එන්නත ලබාදුන් දිනය:	
ලබාදුන් වේලාව:	
ලබාදුන් COVID-19 එන්නත් වගර්ය:	
බැච් අංකය:	
සීරියල් අංකය:	
එන්නත ලබා දුන් ස්ථානය:	
එන්නත් සේවා සපයන්නාගේ නම:	

*අවශ්‍ය නම්. වැඩිදුර විස්තර සඳහා බලන්න: www.health.gov.au/resources/publications/atagi-recommendations-on-the-use-of-a-third-primary-dose-of-covid-19-vaccine-in-individuals-who-are-severely-immunocompromised

අවසන් යාවත්කාලීන කිරීම: 2021 ඔක්තෝබර් 8

නම:												
මෙඩිකොයාර් අංකය:												