

ការប្រមាណ ការរក្សាសុខភាពឱ្យល្អ

(Staying Healthy Assessment)

អាយុ 0 – 6 ខែ (0 – 6 Months)

ឈ្មោះរបស់ក្មេង (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល)	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	<input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស	ខែថ្ងៃឆ្នាំនៅថ្ងៃនេះ	តើកូននៅក្នុងកន្លែងថែទាំក្មេង/ថែទាំពេលថ្ងៃឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
មនុស្សដែលបំពេញក្រដាសនេះ: <input type="checkbox"/> មាតាបិតា <input type="checkbox"/> ញាតិសន្តាន <input type="checkbox"/> មិត្រភ័ក្តិ <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាល <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)				តើត្រូវការ ឱ្យជួយបំពេញឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ ដែលមាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះឱ្យអស់ពីសមត្ថភាពរបស់អ្នក។ គូសរង្វង់រៀបរយ “រំលង” បើអ្នកមិនដឹងចម្លើយ ឬមិនចង់ឆ្លើយ។ សូមកុំភ្លេចនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក បើអ្នកមាន សំណួរអំពីអ្វីៗ ដែលមាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះ។ ចម្លើយ របស់អ្នកនឹងបានការពារ ជាផ្នែកនៃកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក។

តើត្រូវការអ្នកបកប្រែឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ

Clinic Use Only:

#	សំណួរ	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	ក្រុម
1	តើអ្នក ឱ្យកូនដោះតាមធុរ ឬទេ? (Breast feed baby?)	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	Nutrition
2	តើអ្នកបានខ្វល់ខ្វាយអំពីទំងន់នៃកូនរបស់អ្នក ឬទេ? (Concerned about baby's weight?)	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	Physical Activity
3	តើកូនដោះតាមធុរ មើលទូរទស្សន៍ ឬទេ? (Baby watches any T.V?)	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	Physical Activity
4	តើផ្ទះរបស់អ្នក មានប្រដាប់ស្រូបក្លិនផ្សែងដែលដើរ ឬទេ? (Home has working smoke detector?)	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	Safety
5	តើអ្នកបានបន្ថយកំដៅទឹករបស់អ្នក ឱ្យទាបក្តៅខ្សោយ (តិចជាង 120 អង្សា) ឬទេ? (Water temperature turned down to low-warm?)	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	Safety
6	បើផ្ទះរបស់អ្នកមានលើសពីមួយជាន់ តើអ្នកមានរបាំងសុវត្ថិភាពនៅលើបង្អួច និងបាំងទ្វារចេញចូល សំរាប់ជណ្តើរ ឬទេ? (Safety guards on window and gates for stairs in multi-level home?)	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	Safety
7	តើផ្ទះរបស់អ្នក មានសំភារៈសំអាតផ្ទះ, ថ្នាំពេទ្យ, និងឈើគូសដែលបានបិទសោទុក ឬទេ? (Cleaning supplies, medicines and matches locked away?)	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	Safety
8	តើផ្ទះរបស់អ្នកមានលេខទូរស័ព្ទ នៃមណ្ឌលទប់ទល់ការពុល (800-222-1222) បានបិទនៅក្បែរទូរស័ព្ទរបស់អ្នក ឬទេ? (Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?)	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	Safety
9	តើអ្នកតែងតែឱ្យកូនដោះតាមធុរដេកផ្ទៀង ឬទេ? (Always puts baby to sleep on her/his back?)	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	Safety

10	<p>តើអ្នកតែងតែនៅជាមួយកូនអ្នកដែលរស់នៅក្នុង នៅពេលវានៅក្នុងអាងប្លាស្ទិក ឬទេ? <i>(Always stays with baby in the bathtub?)</i></p>	បាទ/ ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	
11	<p>តើអ្នកតែងតែដាក់កូនអ្នកដែលរស់នៅក្នុង នៅកៅអីខាងក្រោយ ឬទេ? <i>(Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?)</i></p>	បាទ/ ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	
12	<p>តើកៅអីដែលអ្នកប្រើ ត្រឹមត្រូវតាមអាយុ និងទំហំ នៃកូនអ្នកដែលរស់នៅក្នុង ឬទេ? <i>(Car seat used is correct size for age and size of baby?)</i></p>	បាទ/ ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	
13	<p>តើកូនអ្នកដែលរស់នៅក្នុង ចំណាយពេលនៅកន្លែងទុកកាំភ្លើងនៅក្នុងផ្ទះ ឬទេ? <i>(Baby spends time in home where a gun is kept?)</i></p>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
14	<p>តើអ្នកឲ្យកូនអ្នកដែលរស់នៅក្នុងប្រើប្រាស់ដោយមានអ្វីនៅក្នុងដប លើកលែងតែទឹកដោះគោ ទឹកដោះម្តាយ ឬទឹកធម្មតា? <i>(Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk or water?)</i></p>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	Dental Health
15	<p>តើកូនអ្នកដែលរស់នៅក្នុង ចំណាយពេលជាមួយជនណាម្នាក់ដែលជក់បារី ឬទេ? <i>(Baby spends time with anyone who smokes?)</i></p>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	Tobacco Exposure
16	<p>តើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ដឹងអ្វីផ្សេងទៀត អំពីសុខភាព, ការចម្រើនលូតលាស់ ឬកិរិយាប្រព្រឹត្តិ នៃកូនអ្នកដែលរស់នៅក្នុង ឬទេ? <i>(Any other questions or concerns about baby's health, development or behavior?)</i></p>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	

បើសិនមាន សូមរៀបរាប់ :

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Physical Activity	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Safety	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Dental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Tobacco Exposure	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
					<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
PCP's Signature:		Print Name:			Date: