

# ការប្រមាណ ការរក្សាសុខភាពឲ្យល្អ

(Staying Healthy Assessment)

## អាយុ 3 - 4 ឆ្នាំ (3 - 4 Years)

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"/> មិត្តភក្តិ <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាល	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)		តើត្រូវការ ឲ្យជួយបំពេញឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ ដែលមាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះឲ្យអស់ពីសមត្ថភាពរបស់អ្នក។ គូសរង្វង់ជុំវិញពាក្យ “រំលង” បើអ្នកមិនដឹងចម្លើយ ឬមិនចង់ឆ្លើយ។ សូមកុំភ្លេចនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក បើអ្នកមាន សំណួរអំពីអ្វីៗ ដែលមាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះ។ ចម្លើយ របស់អ្នកនឹងបានការពារ ជាផ្នែកនៃកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក។

តើត្រូវការអ្នកបកប្រែឬទេ?  
 បាទ/ចាស  ទេ

**Clinic Use Only:**

				Nutrition		
1	តើកូនរបស់អ្នកផឹក ឬញ៉ាំអាហារសំបូរណ៍ជាតិកាល់ស្យ៉ូម 3 ដងជារាល់ថ្ងៃ ដូចជាទឹកដោះគោ, ឈើស្ប, យ៉ូហ្គឺត, ទឹកសណែ្តក, ឬនៅហ្វី ឬទេ? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip		
2	តើកូនរបស់អ្នកញ៉ាំផ្លែឈើ និងបន្លែ យ៉ាងហោចបំផុតពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip		
3	តើកូនរបស់អ្នកញ៉ាំអាហារមានខ្លាញ់ច្រើន ដូចជាអាហារចៀន, ដំឡូងចៀន, កាដឹមកី, ឬនំពីស្បា លើសពីមួយដងក្នុងមួយអាទិត្យ ឬទេ? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip		
4	តើកូនរបស់អ្នក ផឹកទឹកផ្លែឈើលើសពីមួយតែងតូច (4 – 6 អាន់ឡ) ក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip		
5	តើកូនរបស់អ្នក ផឹកទឹកស្ករ, ទឹកផ្លែឈើ, ទឹកកីឡា, ទឹកប្លែងកំប៉ុង, ឬទឹក ដែលផ្អែមផ្សេងទៀត លើសពីមួយដង ក្នុងមួយអាទិត្យ ឬទេ? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip		
6	តើកូនរបស់អ្នក លេងយ៉ាងសកម្មសឹងតែរាល់ថ្ងៃនៃអាទិត្យ ឬទេ? <i>Child plays actively most days of the week?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip		Physical Activity
7	តើអ្នកបានខ្វល់ខ្វាយអំពីទំងន់នៃកូនរបស់អ្នក ឬទេ? <i>Concerned about your child's weight?</i>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip		
8	តើកូនរបស់អ្នក មើលទូរទស្សន៍ ឬលេងល្បែងវីដេអូ ឬទេ? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip		
9	តើផ្ទះរបស់អ្នក មានប្រដាប់ស្រូបក្លិនផ្សែងដែលដើរ ឬទេ? <i>Home has a working smoke detector?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip		Safety
10	តើអ្នកបានបន្ថយកំដៅទឹករបស់អ្នក ឲ្យទាបក្តៅខ្សោយ (តិចជាង 120 អង្សា) ឬទេ? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip		
11	បើផ្ទះរបស់អ្នកមានលើសពីមួយជាន់ តើអ្នកមានរបាំងសុវត្ថិភាព នៅលើបង្អួច និងបាំងទ្វារចេញចូល សំរាប់ជណ្តើរ ឬទេ? <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip		
12	តើផ្ទះរបស់អ្នក មានសំភារៈសំអាតផ្ទះ, ថ្នាំពេទ្យ, និងឈើគូស ដែលបានបិទសោទុក ឬទេ? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip		

13	តើផ្ទះរបស់អ្នកមានលេខទូរស័ព្ទ នៃមណ្ឌលទប់ទល់ការពុល (800-222-1222) បានបិទនៅក្បែរទូរស័ព្ទរបស់អ្នក ឬទេ? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	
14	តើអ្នកតែងតែនៅជាមួយកូនរបស់អ្នក នៅពេលវានៅក្នុងអាងងូតទឹក ឬទេ? <i>Always stays with child when in the bathtub?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	
15	តើអ្នកតែងតែដាក់កូនរបស់អ្នក ឲ្យជិះក្នុងកៅអីទូរស័ព្ទមុខទៅក្រោយ នៅកៅអីខាងក្រោយ ឬទេ? <i>Always places child in a forward facing car seat in the back seat?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	
16	តើកៅអីទូរស័ព្ទដែលអ្នកប្រើ ត្រឹមត្រូវតាមអាយុ និងទំហំ នៃកូនរបស់អ្នក ឬទេ? <i>Car seat used is correct size for age and size of child?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	
17	តើអ្នកតែងតែពិនិត្យមើលកូនរបស់អ្នក មុននឹងអ្នកថយទូរស័ព្ទរបស់អ្នកចេញ ឬទេ? <i>Always checks for children before backing car out?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	
18	តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលនៅក្បែរអាងហែលទឹក, ស្ទឹង, ឬបឹង ឬទេ? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
19	តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលនៅកន្លែងទុកកាំភ្លើងនៅក្នុងផ្ទះ ឬទេ? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
20	តើកូនរបស់អ្នក តែងតែពាក់មួកការពារក្បាល នៅពេលជិះកង់, ដើរស្ពែតប៊ិច, ឬស្ទូទ័រ ឬទេ? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	
21	តើកូនរបស់អ្នក ធ្លាប់បានឃើញ ឬធ្លាប់ជាជនរងគ្រោះនៃការធ្វើបាប ឬអំពើហិង្សា ឬទេ? <i>Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
22	តើអ្នកជួយកូនរបស់អ្នកដុសធ្មេញ និងត្រដុសធ្មេញរបស់វា រាល់ថ្ងៃ ឬទេ? <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	Dental Health
23	តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលជាមួយជនណាម្នាក់ដែលជក់បារី ឬទេ? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	Tobacco Exposure
24	តើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ដឹងអ្វីផ្សេងទៀត អំពីសុខភាព, ការចម្រើនលូតលាស់ ឬកិរិយាប្រព្រឹត្តិ នៃកូនរបស់អ្នក ឬទេ? <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	Other Questions

បើសិនមាន សូមរៀបរាប់ :

<b>Clinic Use Only</b>					Comments:
	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	
<input type="checkbox"/> Nutrition	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
<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"/>	
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
<b>SHA ANNUAL REVIEW</b>					
PCP's Signature:		Print Name:			Date:
PCP's Signature:		Print Name:			Date: