

ការប្រមាណ ការរក្សាសុខភាពឲ្យល្អ

(Staying Healthy Assessment)

ព្រឹទ្ធវ័យ (Senior)

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល)	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	<input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស	ខែថ្ងៃឆ្នាំនៅថ្ងៃនេះ
មនុស្សដែលបំពេញក្រដាសនេះ (បើអ្នកជំងឺត្រូវការជួយ) សូមបញ្ជាក់ : <input type="checkbox"/> សមាជិកគ្រួសារ <input type="checkbox"/> មិត្តភក្តិ <input type="checkbox"/> អ្នកផ្សេងទៀត			តើត្រូវការ ឲ្យជួយបំពេញឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ ដែលមាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះឲ្យអស់ពីសមត្ថភាពរបស់អ្នក។ គូសរង្វង់ព័ន្ធពាក្យ “រំលង” បើអ្នកមិនដឹងឡើយ ឬមិនចង់ឆ្លើយ។ សូមកុំភ្លេចនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក បើអ្នកមាន សំណួរអំពីអ្វីៗ ដែលមាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះ។ ចំឡើយ របស់អ្នកនឹងបានការពារ ជាផ្នែកនៃកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក។

តើត្រូវការអ្នកបកប្រែឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ

				Clinic Use Only:		
				Nutrition		
1	តើអ្នកផឹក ឬបរិភោគអាហារសំបូរណ៍ជាតិកាល់ស្យ៉ូម 3 ដងជារាល់ថ្ងៃ ដូចជាទឹកដោះគោ, ឈើស្ប, យ៉ូហ្គឺត, ទឹកសណែក, ឬនៅហ្វី ឬទេ? <i>Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	ទេ <i>No</i>	រំលង <i>Skip</i>		
2	តើអ្នកបរិភោគផ្លែឈើ និងបន្លែ ជារៀងរាល់ថ្ងៃ ឬទេ? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	ទេ <i>No</i>	រំលង <i>Skip</i>		
3	តើអ្នកដាក់កំរិតចំនួននៃអាហារចៀន ឬអាហារឆាប់រហ័ស ដែលអ្នកបរិភោគ ឬទេ? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	ទេ <i>No</i>	រំលង <i>Skip</i>		
4	តើអ្នកងាយនឹងអាចទទួលបានអាហារមានសុខភាពល្អគ្រប់គ្រាន់ ឬទេ? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	ទេ <i>No</i>	រំលង <i>Skip</i>		
5	តើអ្នកផឹកទឹកស្កា, ទឹកផ្លែឈើ, ទឹកកីឡា ឬទឹកប្លែងកំឡាំង សឹងតែរាល់ថ្ងៃនៃអាទិត្យ ឬទេ? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>		
6	តើអ្នកបរិភោគអាហារច្រើនពេក ឬតិចពេក ជាញឹកញយ ឬទេ? <i>Often eats too much or too little food?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>		
7	តើអ្នកពិបាកក្នុងការទំពា ឬការលេប ឬទេ? <i>Has difficulty chewing or swallowing?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>		
8	តើអ្នកបានខ្វល់ខ្វាយអំពីទំងន់របស់អ្នក ឬទេ? <i>Concerned about weight?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>		
				Physical Activity		
9	តើអ្នកហាត់ប្រាណ ឬចំណាយពេលធ្វើសកម្មភាព ដូចជាការដើរ, ការធ្វើស្តុនច្បារ, ការហែលទឹក ចំនួន 1/2 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least 1/2 hour a day?</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	ទេ <i>No</i>	រំលង <i>Skip</i>		
				Safety		
10	តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាមានក្តីសុខ នៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ឬទេ? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	ទេ <i>No</i>	រំលង <i>Skip</i>		
11	តើអ្នករមែងមានបញ្ហាក្នុងការចងចាំអំពីថ្នាំពេទ្យរបស់អ្នក ឬទេ? <i>Often has trouble keeping track of medicines?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>		

12	តើសមាជិកគ្រួសារ ឬមិត្តភក្តិ បានព្រួយបារម្ភ អំពីការបើករថយន្តរបស់អ្នក ឬទេ? <i>Family members/friends worried about her/his driving?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រាកដ Yes	រំលង Skip	
13	តើអ្នកធ្លាប់មានគ្រោះថ្នាក់ឡាន នៅពេលថ្មីៗនេះ ឬទេ? <i>Any car accidents lately?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រាកដ Yes	រំលង Skip	
14	តើអ្នកជួនកាលដួល និងឈឺខ្លួនរបស់អ្នក ឬពិបាកក្រោងឡើង ឬទេ? <i>Sometimes falls and hurts self, or has difficulty getting up?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រាកដ Yes	រំលង Skip	
15	តើអ្នកធ្លាប់បានគេវាយ, ទះកំភ្លៀង, ទាត់ធ្លាក់, ឬត្រូវបានធ្វើឲ្យឈឺរូបកាយ ដោយជនណាម្នាក់ កាលពីឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ? <i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in past year?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រាកដ Yes	រំលង Skip	
16	តើអ្នកទុកកាំភ្លើងនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ឬនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ឬទេ? <i>Keeps a gun in house/place where she/he lives?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រាកដ Yes	រំលង Skip	
17	តើអ្នកដុសធ្មេញ និងត្រដុសធ្មេញរបស់អ្នករាល់ថ្ងៃ ឬទេ? <i>Brushes and flosses teeth daily?</i>	បាទ/ ប្រាកដ Yes	ទេ No	រំលង Skip	Dental Health
18	តើអ្នករមែងមានចិត្តស្រពុះស្រងាត់, អស់សង្ឃឹម, ខឹងសម្បា, ឬព្រួយបារម្ភ ឬទេ? <i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រាកដ Yes	រំលង Skip	Mental Health
19	តើអ្នករមែងមានបញ្ហាក្នុងការសំរាន្ត ឬទេ? <i>Often has trouble sleeping?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រាកដ Yes	រំលង Skip	
20	តើអ្នក ឬមនុស្សផ្សេងទៀត គិតថាអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការនឹកចាំ ឬទេ? <i>Thinks or others think that she/he is having trouble remembering things?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រាកដ Yes	រំលង Skip	
21	តើអ្នកជក់បារី ឬទំពាថ្នាំជក់ ឬទេ? <i>Smokes or chews tobacco?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រាកដ Yes	រំលង Skip	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	តើមិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ ជក់បារីក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ឬនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ឬទេ? <i>Friends/family members smoke in house or place where she/he lives?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រាកដ Yes	រំលង Skip	
23	តើនៅក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ, អ្នកធ្លាប់បានពិសាស្រា 4 តយ ឬច្រើនជាង ក្នុងមួយថ្ងៃឬទេ? <i>In the past year, had 4 or more alcohol drinks in one day?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រាកដ Yes	រំលង Skip	
24	តើអ្នកប្រើឱសថ ឬថ្នាំពេទ្យអ្វីមួយ ដើម្បីជួយអ្នកសំរាន្ត, សំរាក, រក្សាចិត្តស្ងៀមស្ងាត់, ឲ្យមានអារម្មណ៍ល្អប្រសើរ, ឬបញ្ចុះទំងន់ ឬទេ? <i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រាកដ Yes	រំលង Skip	
25	តើអ្នកគិតថារូបអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក ប្រហែលជាបានឆ្លងកាមរោគ (STI), ដូចជា រោគរលាត បបូរទ្វារយោនី, រោគប្រមេ, រោគបូស្សអង្កាត ឬទេ? <i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រាកដ Yes	រំលង Skip	Sexual Issues

26	<p>តើអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក បានរួមដំណេកជាមួយមនុស្សផ្សេងទៀត ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ?</p> <p><i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i></p>	<p>ទេ No</p>	<p>បាទ/ ប្រសិន Yes</p>	<p>រំលង Skip</p>	
27	<p>តើអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក បានរួមដំណេកដោយមិនប្រើស្រោមអនាម័យ ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ?</p> <p><i>She/he or your partner(s) had sex without a condom in the past year?</i></p>	<p>ទេ No</p>	<p>បាទ/ ប្រសិន Yes</p>	<p>រំលង Skip</p>	
28	<p>តើអ្នកធ្លាប់បានត្រូវគេបង្ខំឱ្យរួមដំណេក ឬត្រូវបានគេកៀបសង្កត់ឱ្យរួមដំណេក ឬទេ?</p> <p><i>Ever been forced or pressured to have sex?</i></p>	<p>ទេ No</p>	<p>បាទ/ ប្រសិន Yes</p>	<p>រំលង Skip</p>	
29	<p>តើអ្នកមានមនុស្សណាម្នាក់ ជួយអ្នកធ្វើការសម្រេចចិត្តអំពីសុខភាព និងការថែទាំសុខភាពរបស់អ្នក ឬទេ?</p> <p><i>Has someone to help make decisions about her/his health and medical care?</i></p>	<p>បាទ/ ប្រសិន Yes</p>	<p>ទេ No</p>	<p>រំលង Skip</p>	Independent Living
30	<p>តើអ្នកត្រូវការជួយ ក្នុងការងូតទឹក, ការបរិភោគ, ការដើរ, ការស្លៀកពាក់, ឬការប្រើបន្ទប់ទឹក ឬទេ?</p> <p><i>Needs help bathing, eating, walking, dressing, or using the bathroom?</i></p>	<p>ទេ No</p>	<p>បាទ/ ប្រសិន Yes</p>	<p>រំលង Skip</p>	
31	<p>តើអ្នកមានអ្នកណាម្នាក់ ដើម្បីជួយទូរស័ព្ទនៅពេលអ្នកត្រូវការជួយ ក្នុងគ្រាមានអាសន្ន ឬទេ?</p> <p><i>Has someone to call when needs help in an emergency?</i></p>	<p>បាទ/ ប្រសិន Yes</p>	<p>ទេ No</p>	<p>រំលង Skip</p>	
32	<p>តើអ្នកមានសំណួរអ្វីផ្សេងទៀត ឬមានកង្វល់អំពីសុខភាពរបស់អ្នក ឬទេ?</p> <p><i>Any other questions or concerns about your health?</i></p>	<p>ទេ No</p>	<p>បាទ/ ប្រសិន Yes</p>	<p>រំលង Skip</p>	Other Questions

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"/> Patient Declined the SHA
<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"/> Mental Health	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Alcohol, Tobacco, Drug Use	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Sexual Issues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/> Independent Living	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
SHA ANNUAL REVIEW					
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	
PCP's Signature:		Print Name:		Date:	