

ការប្រមាណ ការរក្សាសុខភាពឲ្យល្អ

(Staying Healthy Assessment)

អាយុ 12 – 17 ឆ្នាំ (12 – 17 Years)

ឈ្មោះរបស់ក្មេង (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល)	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	<input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស	ខែថ្ងៃឆ្នាំនៅថ្ងៃនេះ	តើរៀនថ្នាក់ប៉ុន្មាន?
មនុស្សដែលបំពេញក្រដាសនេះ: <input type="checkbox"/> មាតាបិតា <input type="checkbox"/> ញាតិសន្តាន <input type="checkbox"/> មិត្តភក្តិ <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាល <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)				តើទៅសាលារៀនទៀងទាត់ឬទេ? <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	តើអ្នកផឹក ឬបរិភោគអាហារសំបូរណ៍ជាតិកាល់ស្យូម 3 ដងជារាល់ថ្ងៃ ដូចជាទឹកដោះគោ, ឈើស្បូវ, យ៉ូហ្គឺត, ទឹកសណែត, ឬតៅហ្វី ឬទេ? <i>(Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily)</i>	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)		
2	តើអ្នកបរិភោគផ្លែឈើ និងបន្លែ យ៉ាងហោចបំផុតពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? <i>(Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?)</i>	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)		
3	តើអ្នកបរិភោគអាហារមានខ្លាញ់ច្រើន ដូចជាអាហារចៀន, ដំឡូងចៀន, កាវើមី, ឬនំពិស្យា លើសពីមួយដងក្នុងមួយអាទិត្យ ឬទេ? <i>(Eats high fat foods more than once per week?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)		
4	តើអ្នកផឹកទឹកផ្លែឈើ (ទឹកស្កា 1 កំប៉ុង), ទឹកក័រឡា, ទឹកប្លែក់ក្រូម៉ា, ឬកាហ្វេផ្អែម លើសពី 12 អោន ក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? <i>(Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)		
				Physical Activity		
5	តើអ្នកហាត់ប្រាណ ឬលេងកីឡា សឹងតែរាល់ថ្ងៃនៃអាទិត្យ ឬទេ? <i>(Exercises or plays sports most days of the week?)</i>	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)		
6	តើអ្នកបានខ្វល់ខ្វាយអំពីទម្ងន់របស់អ្នក ឬទេ? <i>(Concerned about weight?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)		
7	តើអ្នកមើលទូរទស្សន៍ ឬលេងល្បែងវីដេអូ តិចជាង 2 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? <i>(Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?)</i>	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)		
				Safety		
8	តើផ្ទះរបស់អ្នក មានប្រដាប់ស្រូបក្លិនផ្សែងដែលដើរ ឬទេ? <i>(Home has working smoke detector?)</i>	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)		
9	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)		
10	តើអ្នកតែងតែពាក់ខ្សែក្រវាត់ នៅពេលជិះទូរទស្សន៍ ឬទេ? <i>(Always wears a seatbelt when riding in a car?)</i>	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)		
11	តើអ្នកចំណាយពេលនៅកន្លែងទុកកាំភ្លើងនៅក្នុងផ្ទះ ឬទេ? <i>(Spends time in a home where a gun is kept?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)		
12	តើអ្នកចំណាយពេលជាមួយជនណាម្នាក់ ដែលមានកាំភ្លើង, កាំបិត, ឬអាវុធផ្សេងៗទៀត ឬទេ? <i>(Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)		

13	តើអ្នកតែងតែពាក់មួកការពារក្បាល នៅពេលជិះកង់, ដើរស្តេតប៊ិច, ឬស្តូទ័រ ឬទេ? <i>(Always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?)</i>	បាទ/ ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	
14	តើអ្នកធ្លាប់បានឃើញការធ្វើបាប ឬអំពើហិង្សា ឬទេ? <i>(Ever witnessed abuse or violence?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
15	តើអ្នកធ្លាប់បានគេវាយ, ទះកំភ្លៀង, ទាត់ជាក់, ឬត្រូវបានធ្វើឲ្យឈឺរូបកាយ ដោយជនណាម្នាក់ (ឬតើអ្នកបានធ្វើឲ្យអ្នកណាម្នាក់ឈឺចាប់) កាលពីឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ? <i>(Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone (or has he/she hurt someone) in the past year?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
16	តើអ្នកធ្លាប់ត្រូវបានគេសំឡាត ឬមានអារម្មណ៍មិនសុខនៅសាលារៀន ឬនៅក្នុងភូមិបារបស់អ្នក (ឬត្រូវបានគេសំឡាតតាមអ៊ិនធឺណិត) ឬទេ? <i>(Ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
17	តើអ្នកដុសធ្មេញ និងត្រដុសធ្មេញរបស់អ្នករាល់ថ្ងៃ ឬទេ? <i>(Brushes and flosses teeth daily?)</i>	បាទ/ ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	Dental Health
18	តើអ្នករមែងមានចិត្តស្រពុះស្រងាត់, ធ្លាក់ទឹកចិត្ត, ឬអស់សង្ឃឹម ឬទេ? <i>(Often feels sad, down, or hopeless?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	Mental Health
19	តើអ្នកចំណាយពេលជាមួយជនណាម្នាក់ដែលជក់បារី ឬទេ? <i>(Spends time with anyone who smokes?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	Alcohol, Tobacco, Drug Use
20	តើអ្នកជក់បារី ឬទំពាថ្នាំជក់ ឬទេ? <i>(Smokes cigarettes or chews tobacco?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
21	តើអ្នកប្រើ ឬហិតសារធាតុគ្រឿងញៀនអ្វីមួយ ដូចជា កញ្ឆា, កូកាអ៊ីន, អាភៀន, ថ្នាំញៀនម៉ិថាហ្វីតាមីន (meth), ថ្នាំសំរឹបចិត្ត គេហៅថា អ៊ីកស្តាស៊ី ឬទេ? <i>(Uses or sniffs any substance to get high?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
22	តើអ្នកប្រើថ្នាំពេទ្យ ដែលមិនបានចេញវេជ្ជបញ្ជាសំរាប់អ្នក ឬទេ? <i>(Uses medicines not prescribed for her/him?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
23	តើអ្នកផឹកស្រា ម្តងមួយអាទិត្យ ឬច្រើនជាង ឬទេ? <i>(Drinks alcohol once a week or more?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
24	បើអ្នកផឹកស្រា តើអ្នកផឹកល្មមឲ្យស្រវឹង ឬបាត់ស្មារតី ឬទេ? <i>(If she/he drinks alcohol, drinks enough to get drunk or pass out?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
25	តើអ្នកមានមិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ ដែលមានបញ្ហាជាមួយនឹងគ្រឿងញៀន ឬស្រា ឬទេ? <i>(Has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
26	តើអ្នកបើកទូរានបន្ទាប់ពីផឹកស្រា, ឬជិះទូរានបានបើកដោយជនណាម្នាក់ ដែលបានផឹកស្រា ឬប្រើគ្រឿងញៀន ឬទេ? <i>(Drives a car after drinking, or rides in a car driven by someone who has been drinking or using drugs?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	

ចំនឿយរបស់អ្នកអំពីការរួមដំណេក និងការរៀបចំគំរោងគ្រួសារ មិនអាចបានចែកចាយជាមួយជនណាម្នាក់ រួមទាំងមាតាបិតារបស់អ្នក ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីអ្នកឡើយ។

27	តើអ្នកធ្លាប់បានត្រូវគេបង្ខំឲ្យរួមដំណេក ឬត្រូវបានគេកៀបសង្កត់ឲ្យរួមដំណេក ឬទេ? <i>(Ever been forced or pressured to have sex?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	Sexual Issues
28	តើអ្នកធ្លាប់បានរួមដំណេក (តាមមាត់, យោនី, ឬគូថ) ឬទេ? <i>(Ever had sex (oral, vaginal, or anal)? បើទេ រំលងទៅលេខ 35។</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	

29	តើអ្នកគិតថារូបអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក ប្រហែលជាបានឆ្លងកាមរោគ (STI), ដូចជា រោគរលាក បបួរទារយោនី, រោគប្រមេ, រោគប្រស្សអង្គជាត ឬទេ? <i>(Thinks she/he or partner could have a STI)?</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)
30	តើអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក បានរួមដំណេកជាមួយមនុស្សផ្សេងទៀត ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ? <i>(She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)
31	តើអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក បានរួមដំណេកដោយមិនប្រើរបៀបបង្ការមានកូន ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ? <i>(She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)
32	កាលពីពេលចុងក្រោយដែលអ្នកបានរួមដំណេក តើអ្នកបានប្រើរបៀបបង្ការមានកូន ឬទេ? <i>(Used birth control the last time she/he had sex?)</i>	បាទ/ ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)
33	តើអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក បានរួមដំណេកដោយមិនប្រើស្រោមអនាម័យ ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ? <i>(She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)
34	តើអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក បានប្រើស្រោមអនាម័យនៅពេលរួមដំណេកជាលើកចុងក្រោយ ឬទេ? <i>(She/he or partner used a condom the last time they had sex?)</i>	បាទ/ ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)
35	តើអ្នកមានសំណួរអំពីទំនោរភេទរបស់អ្នក (អ្នកណាទាក់ទាញអ្នក) ឬអត្តសញ្ញាណភេទ (របៀបដែលអ្នកមានអារម្មណ៍ជាក្មេងប្រុស ក្មេងស្រី ឬភេទផ្សេងទៀត) ឬទេ? <i>(Do you have any questions about your sexual orientation (who you are attracted to) or gender identity (how you feel as a boy, girl, or other gender)?)</i>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)
36	តើអ្នកមានសំណួរអ្វីផ្សេងទៀត ឬមានកង្វល់អំពីសុខភាពរបស់អ្នក ឬទេ? <i>(Any other questions or concerns about health?)</i>	បាទ/ ចាស (Yes)	ទេ (No)	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"/> 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"/>	
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:	