

Patient Stamp

ການປະເມີນຜົນກ່ຽວກັບ ການຢ່າງສົມບູນ
ເດັກວິຍາລຸ້ນ, ອາຍຸ, 12-17 ປີ

Patient Number

Plan Name/Number

If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number

ຊື່ຂອງເດັກ (ຊື່, ນາມສຸກ)	ວັນ ເດືອນ ປີ ເກີດ	ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ວັນ ເດືອນປີ ມີ້ນ	For Clinical Use
ຊື່ຂອງທ່ານ	ຄວາມສໍາພັນກ່ຽວກັບເດັກ <input type="checkbox"/> ພໍ່ແມ່ <input type="checkbox"/> ຜູ້ປົກຄອງ <input type="checkbox"/> ພັນອງ <input type="checkbox"/> ຫມູ່ເພື່ອນ <input type="checkbox"/> ຜູ້ອື່ນ			Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

ທ່ານແລະທີມຮັກສາສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານສາມາດຮ່ວມມືກັນເພື່ອເຮັດໃຫ້ມີສຸຂະພາບສົມບູນຍິ່ງຂຶ້ນ.
ການຕອບຄໍາຖາມເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ດີເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕອບໄດ້. ທ່ານອາດຈະໝາຍຊ່ອງ "ອ້າມ"
ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຄໍາຕອບທີ່ບໍ່ປະສົງຈະຕອບ. ທ່ານອາດຈະປຶກສາກັບທ່ານໜ້ອງທ່ານກ່ຽວກັບຄໍາຖາມແຕ່ລະຂໍ້ກໍໄດ້. ຄໍາຕອບ
ຂອງທ່ານຈະຢ່ອງກັນໄວ້ໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນຂອງປະຫວັດເພຍາບານຂອງລູກທ່ານ.

Annual Review
Date/Initials

ຕົວຢ່າງຄໍາຖາມແລະຄໍາຕອບ: ທ່ານຫຼິ້ນກິລາບໍ່? ບໍ່ ບໍ່ຫຼິ້ນ ອ້າມ

Interventions
Code/Date/Initials

ທ່ານ: (Do You:)	ບໍ່	ບໍ່ຢູ່	ອ້າມ
1. ຢູ່ເຮືອນບໍ່? (Live at home?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. ໄປໂຮງຮຽນບໍ່? (Go to school?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. ຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ອື່ນນອກຈາກທ່ານໜ້ອງ: ໜ້ອງປັກເຂັມ, ໜ້ອງຢາຮາກໄມ້, ໜ້ອງໄຊຍະສາດຫຼືບໍ່ປະເພດອື່ນໆບໍ່? (Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. ໄປຫາໜ້ອງແຂ້ວຢ່າງໜ້ອຍປີລະເທື່ອບໍ່? (See the dentist at least once a year?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. ດື່ມນ້ຳນົມງົວ, ຫຼືກິນນົມສົ້ມຫຼືເນີຍແຂງຢ່າງໜ້ອຍ 3 ເທື່ອຕໍ່ວັນບໍ່? (Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. ກິນໝາກໄມ້ແລະຜັກທຸກໆມື້ບໍ່? (Eat fruits and vegetables every day?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. ພພຍາຍາມຈຳກັດຈຳນວນອາຫານຈີນຫຼືອາຫານສຳເຣັດຮູບທີ່ທ່ານກິນບໍ່? (Try to limit the amount of fried or fast foods that you eat?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. ອອກກຳລັງກາຍຫຼືຫຼິ້ນກິລາ 5 ວັນຕໍ່ອາທິດບໍ່? (Exercise or play an active sport 5 days a week?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. ຄິດວ່າຕ້ອງຫລຸດຫຼືເພີ່ມນ້ຳໜັກບໍ່? (Think you need to lose or gain weight?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. ມັກຮູ້ສຶກເສົ້າໃຈ, ໂສກເສົ້າ, ຫຼືໜົດຫວັງບໍ່? (Often feel sad, down, or hopeless?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. ຮັດສາຍແອວສເມີເວລານັ່ງຂີ່ຮີດບໍ່? (Always wear a seat belt when riding in a car?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12. ໃສ່ໜວກກັນກະທົບທຸກເທື່ອທີ່ຂີ່ຮີດດິບຫຼືເປັນລີ້ບໍ່? (Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. ໄປຢູ່ເຮືອນຄົນທີ່ມີປືນເກັບໄວ້ບໍ່? (Spend time in a home where a gun is kept?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. ໄປຢູ່ເຮືອນທີ່ມີຄົນສບຍາບໍ່? (Spend time in a home with anyone who smokes?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. ອອກໄປຂ້າງນອກໂດຍບໍ່ໃຊ້ຄຣີມກັນແສງແດດຫຼືສິ່ງປ້ອງກັນແດດແນວອື່ນ ເຊັ່ນວ່າໜວກຫຼືເສື້ອບໍ່? (Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

ຈະບໍ່ສາມາດເປີດເຜີຍຄໍາຕອບໃດໆ ກ່ຽວກັບເພດກຸນລະການວາງແຜນຄອບຄົວຂອງ ທ່ານໃຫ້ບຸກຄົນໃດໆ, ລວມທັງພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານເອງໂດຍບໍ່ໄດ້ຮອບອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກ ອີກສອນພິເສດຈາກທ່ານ. (Your answers to questions about sex and family planning cannot be shared with anyone, including your parents, without your special written permission.)

For Clinical Use

Interventions
Code/Date/Initials

ທ່ານເຄີຍ: (Do You Ever:)			
16. ສຸບຢາຫຼືຢາຊີກາຫຼືອີມຢາ/ສີຢາບໍ່? (Smoke cigarettes or cigars or chew tobacco?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
17. ດື່ມເຫຼົ້າເຊັ່ນ, ເຫຼົ້າເບ້ຽ, ເຫຼົ້າອະງຸ່ນ, ເຫຼົ້າໜາກໄມ້, ຫຼືເຫຼົ້າອື່ນໆບໍ່? (Drink alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
18. ຂັບຮົດຫຼັງຈາກດື່ມເຫຼົ້າຫຼືນັ່ງຮົດທີ່ຄົນອື່ນຂັບຫຼັງຈາກດື່ມເຫຼົ້າບໍ່? (Drive a car after drinking or ride in a car driven by someone who has been drinking?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
19. ໃຊ້ຢາເສບຕິດເຊັ່ນ, ຊາ, ຢາໂຄເຄນ, ຢາໂຄເຄນເປັນກ້ອນ, ຢາເຄຣັກກ (ຢາມ້າ), ຫຼື ຢາເອັກຕະຊີບໍ່? (Use drugs such as marijuana, cocaine, crack, crank, or ecstasy?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
20. ທ່ານເຄີຍຮ່ວມເພດບໍ່? (Have you ever had sex?) ຖ້າ "ເຄີຍ" ໃຫ້ຕອບຄໍາຖາມຕໍ່ໄປ. ຖ້າ "ບໍ່ເຄີຍ" ໃຫ້ຂ້າມໄປຄໍາຖາມຂໍ້ 26. (If "yes," continue to next question. If "no," go to question 26.)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
21. ທ່ານຄິດວ່າທ່ານຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດອາດຕັ້ງທ້ອງບໍ່? (Do you think you or your partner could be pregnant?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ຄິດ	<input type="checkbox"/> ຄິດ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
22. ພາຍໃນປີກາຍນີ້ທ່ານເຄີຍຮ່ວມເພດໂດຍບໍ່ໄດ້ໃຊ້ແນວຄຸມກຳເນີດບໍ່? (Have you had sex without using birth control in the last year?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
23. ທ່ານຄິດວ່າທ່ານຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານອາດໄດ້ຕິດເຊື້ອພະຍາດທີ່ເຜີຍແຜ່ທາງເພດບໍ່? (Do you think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ຄິດ	<input type="checkbox"/> ຄິດ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
24. ໃນປີກາຍນີ້ທ່ານຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານເຄີຍຮ່ວມເພດກັບຄົນອື່ນບໍ່? (Have you or your partner(s) had sex with any other people in the past year?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
25. ທ້ອນແລ້ວນີ້ເມື່ອທ່ານຮ່ວມເພດກັບຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານ, ທ່ານຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດທ່ານໄດ້ໃຊ້ຖົງອະນາມັຍບໍ່? (Did you or your partner use a condom the last time you had sex?)	<input type="checkbox"/> ໃຊ້	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໃຊ້	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
ທ່ານ: (Have you:)			
26. ເຄີຍຖືກຂົ່ມເຫັງຫຼືບັງຄັບໃຫ້ຮ່ວມເພດບໍ່? (Ever been forced or pressured to have sex?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
27. ເຄີຍຖືກຄົນໃດຕີ, ຕີບ, ເຕະ, ຫຼືເຮັດໃຫ້ໄດ້ຮັບບາບເຈັບທາງຮ່າງກາຍບໍ່? (Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
28. ເຄີຍຖືປືນ, ມີດ, ໄມ້ຄ້ອນ, ຫຼືອາວຸດແນວອື່ນໆບໍ່? (Ever carried a gun, knife, club, or other weapon?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
29. ທ່ານມີຄໍາຖາມຫຼືຂໍ້ສອບຖາມໃຈອື່ນໆ ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານບໍ່? (Do you have other questions or concerns about your health?) (ກະຮຸນາອະທິບາຍ) (Please identify)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	<input type="checkbox"/> ມີ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

ຄໍາຊຸມລາງສິດທິສ່ວນຕົວ

ກົດໝາຍຍຸດການໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງປີ 1977 (ປະມວນແພ່ງແຫ່ງຮັດແຄລິຟໍເນັຽ 1798) ແລະກົດ ບັນຍັດສ່ວນຕົວແຫ່ງຮັດລູຊາຍາກາ (5 USC 552a, ອານາໜວດ (E) (3) ໄດ້ກຳນົດວ່າ ຕ້ອງເອົາໃບແຈ້ງນີ້ໃຫ້ເມື່ອເກັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຈາກບຸກຄົນ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ, ແຜນສຸຂະພາບ, ແລະພູມກສາທາຣະນະສາຂອງທ່ານໄດ້ຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມນີ້ເພື່ອຈຸ ປະສິງການໃຫ້ການບໍລິການສຶກສາດ້ານສຸຂະພາບ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທ້ອງຂໍເອົາໃບຟອມນີ້ອີກກັບຄວາມສັມັກໃຈຂອງຜູ້ປ່ວຍ. ການບໍ່ຍິນຍອມໃຫ້ຂໍ້ມູນຕາມທີ່ໄດ້ຮອງຂໍນັ້ນຈະບໍ່ກົດຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ຄົນປ່ວຍແຕ່ຢ່າງໃດເລີຍ. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮວບຮວມໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ, ແລະຍ່ພາຍໃຕ້ການປ້ອງກັນດ້ານພະຍາບານແລະດ້ານ ກົດໝາຍກຳນົດຂໍ້ມູນອື່ນທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ, ກົດໝາຍແລະກົດລະບຽບຂອງຮັດລູຊາຍາກາ ຄວາມລັບຂອງຄົນປ່ວຍມີຜົນບັງຄັບຕໍ່ຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ມີຢູ່ໃນແບບຟອມສະບັບນີ້. ພາຍໃນຂໍ້ຈຳກັດຂອງກົດ ໝາຍແລະຂໍລະບຽບເຫຼົ່ານີ້, ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທີ່ຮວບຮວມໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ອາດຖືກສົ່ງ ໄປທາງການຮັດແລະອາງການປົກຄອງແລະຄວມຄຸມທ້ອງຖິ່ນ, ແຜນສຸຂະພາບທີ່ຖືໃບສັນຍາມ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ.