ការប្រមាណ ការរក្សាសុខភាពឲ្យល្អ

(Staying Healthy Assessment)

អាយុ 12 – 17 ឆ្នាំ *(12 – 17 Years)*

ឈ្មោះរបស់ក្មេង (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល)	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	☐ ស្រី ☐ ប្រុស	ខែថ្ងៃឆ្នាំនៅថ្ងៃនេះ	តើរៀនថ្នាក់ប៉ុន្មាន?
មនុស្សដែលបំពេញក្រដាសនេះ	☐ មាតាបិតា ☐ ញាតិសន្តាន ☐ មិត្តភ័ក្តិ ☐ អាណាព្យាបាល ☐ ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)			តើទៅសាលារៀនទៀងទាត់ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ ដែលមាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះឲ្យអស់ពីសមត្ថភាពរបស់អ្នក។ គួសរង្ខាន់ព័ទ្ធពាក្យ "រំលង" បើអ្នកមិនដឹងចំឡើយ ឬមិនចង់ឆ្លើយ។ សូមកុំភ្លេចនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក បើអ្នកមាន សំណួរអំពីអ្វីៗ ដែលមាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះ។ ចំឡើយ របស់អ្នកនឹងបានការពារ ជាផ្នែកនៃកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក។

តើត្រូវការអ្នកបកប្រែឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

					Clinic Use Only:
1	តើអ្នកផឹក ឬបរិភោគអាហារសំបូរណ៍ជាតិកាល់ស្យ៉ូម 3 ដងជារាល់ថ្ងៃ ដូចជាទឹកដោះគោ, ឈីស្យ, យ៉ូហ្គីត, ទឹកសណ្តែក, ឬតៅហ៊ូ ឬទេ? *(Drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily)*	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	Nutrition
2	តើអ្នកបរិភោគផ្លែឈើ និងបន្លែ យ៉ាងហោចបំផុតពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? *(Eats fruits and vegetables at least 2 times per day?)*	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	
3	តើអ្នកបរិភោគអាហារមានខ្លាញ់ច្រើន ដូចជាអាហារឆ្ងាន, ដំឡូងឆ្ងាន, ការ៉ែមកី, ឬនំពីស្យា លើសពីមួយដងក្នុងមួយអាទិត្យ ឬទេ? *(Eats high fat foods more than once per week?)*	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
4	តើអ្នកផឹកទឹកផ្លែឈើ (ទឹកសូដា 1 កំប៉ុង), ទឹកកីឡា, ទឹកប៉ូវកំឡាំង, ឬកាហ្វេផ្អែម លើសពី 12 អោន ក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? *(Drinks more than 12 oz. per day of juice/sports/energy drink, or sweetened coffee drink?)*	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
5	តើអ្នកហាត់ប្រាណ ឬលេងកីឡា សឹងតែរាល់ថ្ងៃនៃអាទិត្យ ឬទេ? *(Exercises or plays sports most days of the week?)*	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	Physical Activity
6	តើអ្នកបានខ្វល់ខ្វាយអំពីទំងន់របស់អ្នក ឬទេ? *(Concerned about weight?)*	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
7	តើអ្នកមើលទូរទស្សន៍ ឬលេងល្បែងវីដេអូ តិចជាង 2 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? *(Watches TV or plays video games less than 2 hours per day?)*	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	
8	តើផ្ទះរបស់អ្នក មានប្រដាប់ស្រូបក្លិនផ្សែងដែលដើរ ឬទេ? *(Home has working smoke detector?)*	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	Safety
9	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)	
10	តើអ្នកតែងតែពាក់ខ្សែក្រវាត់ នៅពេលជិះឡាន ឬទេ? *(Always wears a seatbelt when riding in a car?)*	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	
11	តើអ្នកចំណាយពេលនៅកន្លែងទុកកាំភ្លើងនៅក្នុងផ្ទះ ឬទេ? *(Spends time in a home where a gun is kept?)*	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
12	តើអ្នកចំណាយពេលជាមួយជនណាម្នាក់ ដែលមានកាំភ្លើង, កាំបិត, ឬអាវុធផ្សេងៗទៀត ឬទេ? *(Spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?)*	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	

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

ចំឡើយរបស់អ្នកអំពីការរួមដំណេក និងការរៀបចំគំរោងគ្រួសារ មិនអាចបានចែកចាយជាមួយជនណាម្នាក់ រួមទាំងមាតាបិតារបស់អ្នក ដោយគ្មានការអនុញ្ញាតពីអ្នកឡើយ។

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

29	តើអ្នកគិតថារូបអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក ប្រហែលជាបានឆ្លងកាមរោគ (STI), ដូចជារោគរលាក បបូរទ្វារយោនី, រោគប្រមេះ, រោគឫស្សអង្គជាត ឬទេ? *(Thinks she/he or partner could have a STI)?*	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)
30	តើអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក បានរួមដំណេកជាមួយមនុស្សផ្សេងទៀត ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ? *(She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?)*	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)
31	តើអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក បានរួមដំណេកដោយមិនប្រើរបៀបបង្ការមានកូន ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ? *(She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?)*	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)
32	កាលពីពេលចុងក្រោយដែលអ្នកបានរួមដំណេក តើអ្នកបានប្រើរបៀបបង្ការមានកូន ឬទេ? *(Used birth control the last time she/he had sex?)*	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)
33	តើអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក បានរួមដំណេកដោយមិនប្រើស្រោមអនាម័យ ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ? *(She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?)*	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)
34	តើអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក បានប្រើស្រោមអនាម័យនៅពេលរួមដំណេកជាលើកចុងក្រោយ ឬទេ? *(She/he or partner used a condom the last time they had sex?)*	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)
35	តើអ្នកមានសំណួរអំពីទំនោរភេទរបស់អ្នក (អ្នកណាទាក់ទាញអ្នក) ឬអត្តសញ្ញាណភេទ (របៀបដែលអ្នកមានអារម្មណ៍ជាក្មេងប្រុស ក្មេងស្រី ឬភេទផ្សេងទៀត) ឬទេ? *(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)?)*	ទេ (No)	បាទ/ចាស (Yes)	រំលង (Skip)
36	តើអ្នកមានសំណួរអ្វីផ្សេងទៀត ឬមានកង្វល់អំពីសុខភាពរបស់អ្នក ឬទេ? *(Any other questions or concerns about health?)*	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)

បើសិនមាន សូមរៀបរាប់ :

Clinic Use Only	Counseled	Referred	Anticipatory Guidance	Follow-up Ordered	Comments:
☐ Nutrition	☐	☐	☐	☐	
☐ Physical activity	☐	☐	☐	☐	
☐ Safety	☐	☐	☐	☐	
☐ Dental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Mental Health	☐	☐	☐	☐	
☐ Alcohol, Tobacco, Drug Use	☐	☐	☐	☐	☐ **Patient Declined the SHA**
☐ Sexual Issues	☐	☐	☐	☐	

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: