

# ការប្រមាណ ការរក្សាសុខភាពឲ្យល្អ

(Staying Healthy Assessment)

## អាយុ 7 – 12 ខែ (7 – 12 Months)

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:*

ល.រ	សំណួរ	បាទ/ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	ប្រភេទ
1	តើអ្នក ឲ្យកូនដោះដូររបស់អ្នកប្រើដោះ ឬទេ? <i>(Breast feed baby?)</i>				Nutrition
2	តើកូនដោះដូររបស់អ្នកផឹក ឬញ៉ាំអាហារសំបូរជាតិកាល់ស្យូម 3 ដង រៀងរាល់ថ្ងៃ ដូចជា ទឹកដោះគោ ទឹកដោះម្កាយ ឈ្នួល ទឹកដោះគោរដូវ ទឹកសណ្តែក ឬនៅហ៊ុយឬទេ? <i>(Does your baby drink or eat 3 servings of calcium-rich foods daily, such as formula, breast milk, cheese, yogurt, soy milk, or tofu?)</i>				
3	តើអ្នកបានខ្វល់ខ្វាយអំពីទំងន់នៃកូនដោះដូររបស់អ្នក ឬទេ? <i>(Concerned about baby's weight?)</i>				Physical Activity
4	តើកូនដោះដូររបស់អ្នក មើលទូរទស្សន៍ ឬទេ? <i>(Baby watches any TV?)</i>				
5	តើផ្ទះរបស់អ្នក មានប្រដាប់ស្រូបក្លិនផ្សែងដែលដើរ ឬទេ? <i>(Home has working smoke detector?)</i>				Safety
6	តើអ្នកបានបន្ថយកំដៅទឹករបស់អ្នក ឲ្យទាបក្តៅខ្ពស់ៗ (តិចជាង 120 អង្សា) ឬទេ? <i>(Water temperature turned down to low-warm?)</i>				
7	បើផ្ទះរបស់អ្នកមានលើសពីមួយជាន់ តើអ្នកមានរបាំងសុវត្ថិភាព នៅលើបង្អួច និងបាំងទ្វារចេញចូល សំរាប់ជណ្តើរ ឬទេ? <i>(Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?)</i>				
8	តើផ្ទះរបស់អ្នក មានសំភារៈសំអាតផ្ទះ, ថ្នាំពេទ្យ, និងឈើគូស ដែលបានចាក់សោទុក ឬទេ? <i>(Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?)</i>				
9	តើផ្ទះរបស់អ្នកមានលេខទូរស័ព្ទ នៃមណ្ឌលទប់ទល់ការពុល (800-222-1222) បានបិទនៅក្បែរទូរស័ព្ទរបស់អ្នក ឬទេ? <i>(Home has phone # of Poison Control Center posted by phone?)</i>				

10	<p>តើអ្នកតែងតែឲ្យកូនអ្នកដេកលើផ្ទៃខាងក្រោយ ឬទេ? (Always puts baby to sleep on her/his back?)</p>	បាទ/ ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	
11	<p>តើអ្នកតែងតែនៅជាមួយកូនអ្នក នៅពេលវាស្ថិតនៅក្នុងអាងងូតទឹក ឬទេ? (Always stays with baby when in the bathtub?)</p>	បាទ/ ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	
12	<p>តើអ្នកតែងតែដាក់កូនអ្នក ឲ្យជិះក្នុងកៅអីទូរស័ព្ទបែរមុខទៅក្រោយ នៅកៅអីខាងក្រោយ ឬទេ? (Always places baby in a rear facing car seat in the back seat?)</p>	បាទ/ ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	
13	<p>តើកៅអីទូរស័ព្ទដែលអ្នកប្រើ ត្រឹមត្រូវតាមអាយុ និងទំហំ នៃកូនអ្នក ឬទេ? (Car seat used is correct size for age and size of baby?)</p>	បាទ/ ចាស (Yes)	ទេ (No)	រំលង (Skip)	
14	<p>តើកូនអ្នក ចំណាយពេលនៅក្បែរអាងហែលទឹក, ស្ទឹង, ឬបឹង ឬទេ? (Baby spends time near a swimming pool, river, or lake?)</p>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
15	<p>តើកូនអ្នក ចំណាយពេលនៅកន្លែងទុកកាំភ្លើងនៅក្នុងផ្ទះ ឬទេ? (Baby spends time in a home where a gun is kept?)</p>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	
16	<p>តើអ្នកឲ្យកូនអ្នកប្រើប្រាស់ប្រាសាវណាមួយដែលមានអ្វីនៅក្នុងដប លើកលែងតែទឹកដោះដោ ទឹកដោះម្តាយ ឬទឹកឃូ ឬទេ? (Gives baby a bottle with anything in it except formula, breast milk, or water?)</p>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	Dental Health
17	<p>តើកូនអ្នក ចំណាយពេលជាមួយជនណាម្នាក់ដែលជក់បារី ឬទេ? (Baby spends time with anyone who smokes?)</p>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	Tobacco Exposure
18	<p>តើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ដឹងអ្វីផ្សេងទៀត អំពីសុខភាព, ការចំរើនលូតលាស់ ឬកិរិយាប្រព្រឹត្តិ នៃកូនអ្នក ឬទេ? (Any other questions or concerns about baby's health, development, or behavior?)</p>	ទេ (No)	បាទ/ ចាស (Yes)	រំលង (Skip)	

បើសិនមាន សូមរៀបរាប់ :

<b>Clinic Use Only</b>	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"/> 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"/>	
					<input type="checkbox"/> <b>Patient Declined the SHA</b>
PCP's Signature:		Print Name:			Date: