

ការប្រមាណ ការរក្សាសុខភាពឲ្យល្អ

(Staying Healthy Assessment)

អាយុ 9 - 11 ឆ្នាំ (9 - 11 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)			តើទៅសាលារៀនឡើងទាត់ ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ ដែលមាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះឲ្យអស់ពីសមត្ថភាពរបស់អ្នក។ គូសរង្វង់ជុំវិញពាក្យ “រំលង” បើអ្នកមិនដឹងចម្លើយ ឬមិនចង់ឆ្លើយ។ សូមកុំភ្លេចនិយាយទៅកាន់ដៃបំណិតរបស់អ្នក បើអ្នកមាន សំណួរអំពីអ្វីៗ ដែលមាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះ។ ចម្លើយ របស់អ្នកនឹងបានការពារ ជាផ្នែកនៃកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក។

តើត្រូវការអ្នកបកប្រែឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ

				Clinic Use Only: Nutrition	
1	តើកូនរបស់អ្នកផឹក ឬញ៉ាំអាហាររស់បូរណ៍ជាតិកាល់ស្យូម 3 ដងជាមួយថ្ងៃ ដូចជាទឹកដោះគោ, ឈើស្ប, យ៉ូហ្គឺត, ទឹកស្រព្រឹក, ឬតៅហ្វី ឬទេ? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	
2	តើកូនរបស់អ្នកញ៉ាំផ្លែឈើ និងបន្លែ យ៉ាងហោចបំផុតពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? <i>Child eats fruits and vegetables at least two times per day?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	
3	តើកូនរបស់អ្នកញ៉ាំអាហារមានខ្លាញ់ច្រើន ដូចជាអាហារចៀន, ដំឡូងចៀន, កាដឹមកី, ឬនីស្បា លើសពីមួយដងក្នុងមួយអាទិត្យ ឬទេ? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	ទេ No	បាទ/ចាស Yes	រំលង Skip	
4	តើកូនរបស់អ្នក ផឹកទឹកផ្លែឈើលើសពីមួយពែង (8 អោន្យ) ក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? <i>Child drinks more than one cup of juice per day?</i>	ទេ No	បាទ/ចាស Yes	រំលង Skip	
5	តើកូនរបស់អ្នក ផឹកទឹកស្រា, ទឹកផ្លែឈើ, ទឹកកីឡា, ទឹកប្លែកកំឡាំង, ឬទឹកដែលផ្អែមផ្សេង ទៀត លើសពីមួយដង ក្នុងមួយអាទិត្យ ឬទេ? <i>Child drinks soda, juice/sports/energy drinks or other sweetened drinks more than once per week?</i>	ទេ No	បាទ/ចាស Yes	រំលង Skip	
6	តើកូនរបស់អ្នក ហាត់ប្រាណ ឬលេងកីឡា សឹងតែរាល់ថ្ងៃនៃអាទិត្យ ឬទេ? <i>Child exercises or plays sports most days of the week?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	Physical Activity
7	តើអ្នកបានខ្វល់ខ្វាយអំពីទំងន់នៃកូនរបស់អ្នក ឬទេ? <i>Concerned about child's weight?</i>	ទេ No	បាទ/ចាស Yes	រំលង Skip	
8	តើកូនរបស់អ្នក មើលទូរទស្សន៍ ឬលេងល្បែងវីដេអូ តិចជាង 2 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? <i>Child watches TV or plays video games less than 2 hours per day?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	Safety
9	តើផ្ទះរបស់អ្នក មានប្រដាប់ស្រូបក្លិនផ្សែងដែលដើរ ឬទេ? <i>Home has a working smoke detector?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	

10	<p>តើផ្ទះរបស់អ្នកមានលេខទូរស័ព្ទ នៃមណ្ឌលទប់ទល់ការពុល (800-222-1222) បានបិទនៅក្បែរទូរស័ព្ទរបស់អ្នក ឬទេ?</p> <p><i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i></p>	បាទ/ ចាស	ទេ No	រំលង Skip	
11	<p>តើកូនរបស់អ្នកតែងតែប្រើខ្សែក្រវាត់ អង្គុយនៅកៅអីខាងក្រោយ (ឬបើទាបជាង 4'9" តើប្រើកៅអីស្តុយ) ឬទេ?</p> <p><i>Child always uses a seat belt in the back seat (or booster seat) if under 4'9"?</i></p>	បាទ/ ចាស	ទេ No	រំលង Skip	
12	<p>តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលនៅក្បែរអាងហែលទឹក, ស្ទឹង, ឬបឹង ឬទេ?</p> <p><i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i></p>	ទេ	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
13	<p>តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលនៅកន្លែងទុកកាំភ្លើងនៅក្នុងផ្ទះ ឬទេ?</p> <p><i>Child spends time in home where a gun is kept?</i></p>	ទេ	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
14	<p>តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលជាមួយជនណាម្នាក់ ដែលមានកាំភ្លើង, កាំបិត, ឬអាវុធផ្សេងៗទៀត ឬទេ?</p> <p><i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i></p>	ទេ	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
15	<p>តើកូនរបស់អ្នក តែងតែពាក់មួកការពារក្បាល នៅពេលជិះកង់, ដើរស្ពែតប៊ិច, ឬស្តូទ័រ ឬទេ?</p> <p><i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i></p>	បាទ/ ចាស	ទេ No	រំលង Skip	
16	<p>តើកូនរបស់អ្នក ធ្លាប់បានឃើញ ឬធ្លាប់ជាជនរងគ្រោះនៃការធ្វើបាប ឬអំពើហិង្សា ឬទេ?</p> <p><i>Has child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?</i></p>	ទេ	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
17	<p>តើកូនរបស់អ្នក ធ្លាប់បានគេវាយដំ ឬវាយដំអ្នកណាម្នាក់ ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ?</p> <p><i>Has child been hit or has he/she hit someone in the past year?</i></p>	ទេ	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
18	<p>តើកូនរបស់អ្នក ធ្លាប់ត្រូវបានគេសំឡុត ឬមានអារម្មណ៍ មិនសុខនៅសាលារៀន ឬនៅក្នុងភូមិរបស់អ្នក (ឬត្រូវបានគេសំឡុតតាមអ៊ិនធឺណិត) ឬទេ?</p> <p><i>Has child ever been bullied, felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i></p>	ទេ	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
19	<p>តើអ្នកជួយកូនរបស់អ្នកដុសធ្មេញ និងត្រដុសធ្មេញរបស់វា រាល់ថ្ងៃ ឬទេ?</p> <p><i>Child brushes and flosses teeth daily?</i></p>	បាទ/ ចាស	ទេ No	រំលង Skip	Dental Health
20	<p>តើកូនរបស់អ្នក រមែងតែហាក់បីដូចជាស្រងូតស្រងាត់ ឬស្រយុតចិត្ត ឬទេ?</p> <p><i>Child often seems sad or depressed?</i></p>	ទេ	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	Mental Health
21	<p>តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលជាមួយជនណាម្នាក់ដែលជក់បារី ឬទេ?</p> <p><i>Child spends time with anyone who smokes?</i></p>	ទេ	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	Alcohol, Tobacco, Drug Use
22	<p>តើកូនរបស់អ្នក ធ្លាប់បានជក់បារី ឬទំពាថ្នាំជក់ ឬទេ?</p> <p><i>Has child ever smoked cigarettes or chewed tobacco?</i></p>	ទេ	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	

23	<p>តើអ្នកបានខ្វល់ខ្វាយ អំពីកូនរបស់អ្នកប្រហែលជាប្រើគ្រឿងញៀន ឬហិតសារធាតុញៀន ដូចជាជំរកាវ ដើម្បីឲ្យស្រើបស្រាល ឬទេ?</p> <p><i>Concerned that child may be using drugs or sniffing substances to get high?</i></p>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>	Sexual Issues
24	<p>តើអ្នកបានខ្វល់ខ្វាយ អំពីកូនរបស់អ្នកប្រហែលជាផឹកស្រា ដូចជាស្រាបៀរ, ស្រាស, ស្រាទឹកផ្លែឈើ, ឬសុរា ឬទេ?</p> <p><i>Concerned that child may be drinking alcohol?</i></p>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>	
25	<p>តើកូនរបស់អ្នកមានមិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ ដែលមានបញ្ហាជាមួយនឹងគ្រឿងញៀន ឬសុរា ឬទេ?</p> <p><i>Child has friends/family members who have problems with drugs or alcohol?</i></p>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>	
26	<p>តើកូនរបស់អ្នក បានចាប់ផ្តើមមានគូស្នេហា ឬ “ចេញទៅក្រៅ” ជាមួយមិត្តប្រុស ឬមិត្តស្រី ឬទេ?</p> <p><i>Child started dating or “going out” with boyfriends or girlfriends?</i></p>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>	Other Questions
27	<p>តើអ្នកគិតថា កូនរបស់អ្នកប្រហែលមានការរួមដំណេកយ៉ាងសកម្ម ឬទេ?</p> <p><i>Thinks child might be sexually active?</i></p>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>	
28	<p>តើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ដឹងអ្វីផ្សេងទៀត អំពីសុខភាព, ការចម្រើនលូតលាស់ ឬកិរិយាប្រព្រឹត្តិ នៃកូនរបស់អ្នកឬទេ?</p> <p><i>Questions or concerns about child's health or behavior?</i></p>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>	

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:	