

ការប្រមាណ ការរក្សាសុខភាពឲ្យល្អ

(Staying Healthy Assessment)

អាយុ 1 – 2 ឆ្នាំ (1 – 2 Years)

ឈ្មោះរបស់ក្មេង (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល)	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	<input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	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” បើអ្នកមិនដឹងថាឆ្លើយ ឬមិនចង់ឆ្លើយ។ សូមកុំភ្លេចនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក បើអ្នកមាន សំណួរអំពីអ្វីៗ ដែលមាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះ។ ថ្ងៃឆ្លើយ របស់អ្នកនឹងបានការពារ ជាផ្នែកនៃកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក។

តើត្រូវការអ្នកបកប្រែឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ

Clinic Use Only:

					Nutrition		
1	តើអ្នក ឲ្យកូនដោះស្រាយដោះ ឬទេ? <i>Breastfeeds child?</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	ទេ <i>No</i>	រំលង <i>Skip</i>			
2	តើកូនរបស់អ្នកផឹក ឬញ៉ាំអាហាររស់បូរណ៍ជាតិកាល់ស្យូម ៣ ដងជារាល់ថ្ងៃ ដូចជាទឹកដោះគោ, ឈើស្ប, យ៉ូហ្គឺត, ទឹកសណែត, ឬតៅហ្វី ឬទេ? <i>Child drinks/eats 3 servings of calcium rich foods daily?</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	ទេ <i>No</i>	រំលង <i>Skip</i>			
3	តើកូនរបស់អ្នកញ៉ាំផ្លែឈើ និងបន្លែ យ៉ាងហោចបំផុតពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? <i>Child eats fruits and vegetables at least 2 times per day?</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	ទេ <i>No</i>	រំលង <i>Skip</i>			
4	តើកូនរបស់អ្នកញ៉ាំអាហារមានខ្លាញ់ច្រើន ដូចជាអាហារចៀន, ដំឡូងចៀន, កាដឹមក៊ី, ឬនីពីស្យា លើសពីមួយដងក្នុងមួយអាទិត្យ ឬទេ? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>			
5	តើកូនរបស់អ្នក ផឹកទឹកផ្លែឈើលើសពីមួយពែងតូច (4 – 6 អាន់ឡ) ក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? <i>Child drinks more than one small cup of juice per day?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>			
6	តើកូនរបស់អ្នក ផឹកទឹកស្កា, ទឹកផ្លែឈើ, ទឹកក័រឡា, ទឹកប្លែក់ឡា, ឬទឹកដែលផ្អែមផ្សេងទៀត លើសពីមួយដង ក្នុងមួយអាទិត្យ ឬទេ? <i>Child drinks soda, juice drinks, sports drinks, energy drinks, or other sweetened drinks more than once per week?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>			
					Physical Activity		
7	តើកូនរបស់អ្នក លេងយ៉ាងសកម្មសឹងតែរាល់ថ្ងៃនៃអាទិត្យ ឬទេ? <i>Child plays actively most days of the week?</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	ទេ <i>No</i>	រំលង <i>Skip</i>			
8	តើអ្នកបានខ្វល់ខ្វាយអំពីទំងន់នៃកូនរបស់អ្នក ឬទេ? <i>Concerned about child's weight?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>			
9	តើកូនរបស់អ្នក មើលទូរទស្សន៍ ឬលេងល្បែងវីដេអូ ឬទេ? <i>Child watches TV or plays video games?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>			
					Safety		
10	តើផ្ទះរបស់អ្នក មានប្រដាប់ស្រូបក្លិនផ្សែងដែលដើរ ឬទេ? <i>Home has working smoke detector?</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	ទេ <i>No</i>	រំលង <i>Skip</i>			
11	តើអ្នកបានបន្ថយកំដៅទឹករបស់អ្នក ឲ្យទាបក្តៅខ្ពស់ (តិចជាង 120 អង្សា) ឬទេ? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	ទេ <i>No</i>	រំលង <i>Skip</i>			
12	បើផ្ទះរបស់អ្នកមានលើសពីមួយជាន់ តើអ្នកមានរបាំងសុវត្ថិភាព នៅលើបង្អួច និងបាំងទ្វារចេញចូល សំរាប់ជណ្តើរ ឬទេ? <i>Safety guards on windows and gates for stairs in multi-level home?</i>	បាទ/ចាស <i>Yes</i>	ទេ <i>No</i>	រំលង <i>Skip</i>			

13	តើផ្ទះរបស់អ្នក មានសំភារៈសំអាតផ្ទះ, ថ្នាំពេទ្យ, និងឈើគ្គុស ដែលបានដាក់សោទុក ឬទេ? <i>Cleaning supplies, medicines, and matches locked away?</i>	បាទ/ ចាស/ ទេ Yes No	រំលង Skip	
14	តើផ្ទះរបស់អ្នកមានលេខទូរស័ព្ទ នៃមណ្ឌលទប់ទល់ការពុល (800-222-1222) បានបិទនៅក្បែរទូរស័ព្ទរបស់អ្នក ឬទេ? <i>Home has phone # of Poison Control Center posted by phone?</i>	បាទ/ ចាស/ ទេ Yes No	រំលង Skip	
15	តើអ្នកតែងតែនៅជាមួយកូនរបស់អ្នក នៅពេលវានៅក្នុងអាងត្រាប ឬទេ? <i>Always stays with child when in the bathtub?</i>	បាទ/ ចាស/ ទេ Yes No	រំលង Skip	
16	តើអ្នកតែងតែដាក់កូនរបស់អ្នក ឲ្យជិះក្នុងកៅអីទ្យានបែរមុខទៅក្រោយ នៅកៅអីខាងក្រោយ ឬទេ? <i>Always places child in a rear facing car seat in the back seat?</i>	បាទ/ ចាស/ ទេ Yes No	រំលង Skip	
17	តើកៅអីទ្យានដែលអ្នកប្រើ ត្រឹមត្រូវតាមអាយុនិងទំហំនៃកូនរបស់អ្នក ឬទេ? <i>Car seat used is correct size for age and size of child?</i>	បាទ/ ចាស/ ទេ Yes No	រំលង Skip	
18	តើអ្នកតែងតែពិនិត្យមើលកូនរបស់អ្នក មុននឹងអ្នកដេញទ្យានរបស់អ្នកចេញ ឬទេ? <i>Always checks for children before backing car out?</i>	បាទ/ ចាស/ ទេ Yes No	រំលង Skip	
19	តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលនៅក្បែរអាងហែលទឹក, ស្ទឹង, ឬបឹង ឬទេ? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	ទេ បាទ/ ចាស/ ទេ No Yes	រំលង Skip	
20	តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលនៅកន្លែងទុកកាំភ្លើងនៅក្នុងផ្ទះ ឬទេ? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	ទេ បាទ/ ចាស/ ទេ No Yes	រំលង Skip	
21	តើកូនរបស់អ្នក តែងតែពាក់មួកការពារក្បាល នៅពេលជិះកង់, ដើរស្ពែតប៊ីត, ឬស្កូទ័រ ឬទេ? <i>Child always wears a helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	បាទ/ ចាស/ ទេ Yes No	រំលង Skip	
22	តើអ្នកជួយកូនរបស់អ្នកដុសធ្មេញ និងត្រដុសធ្មេញរបស់វាទាល់ថ្ងៃ ឬទេ? <i>Child is helped to brush and floss teeth daily?</i>	បាទ/ ចាស/ ទេ Yes No	រំលង Skip	Dental Health
23	តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលជាមួយជនណាម្នាក់ដែលជក់បារី ឬទេ? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	ទេ បាទ/ ចាស/ ទេ No Yes	រំលង Skip	Tobacco Exposure
24	តើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ដឹងអ្វីផ្សេងទៀត អំពីសុខភាព, ការចម្រើនលូតលាស់ ឬកិរិយាប្រព្រឹត្តិ នៃកូនរបស់អ្នកឬទេ? <i>Any other questions or concerns about child's health, development or behavior?</i>	ទេ បាទ/ ចាស/ ទេ No Yes	រំលង Skip	Other Questions

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"/>	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"/> Patient Declined the SHA						
PCP's Signature:		Print Name:			Date:	
SHA ANNUAL REVIEW						
PCP's Signature:		Print Name:			Date:	