

ការប្រមាណ ការរក្សាសុខភាពឲ្យល្អ

(Staying Healthy Assessment)

អាយុ 5 – 8 ឆ្នាំ (5 – 8 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			តើទៅសាលារៀនឡើងវិញទាត់ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
				<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)

សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ ដែលមាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះឲ្យអស់ពីសមត្ថភាពរបស់អ្នក។ គួសរង់ចាំឲ្យពាក្យ “រំលង” បើអ្នកមិនដឹងចម្លើយ ឬមិនចង់ឆ្លើយ។ សូមកុំភ្លេចនិយាយទៅកាន់វេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក បើអ្នកមាន សំណួរអំពីអ្វីៗ ដែលមាននៅលើក្រដាសបំពេញនេះ។ ចម្លើយ របស់អ្នកនឹងបានការពារ ជាផ្នែកនៃកំណត់ត្រាសុខភាពរបស់អ្នក។

តើត្រូវការអ្នកបកប្រែឬទេ?
 បាទ/ចាស ទេ

Clinic Use Only:

			Nutrition		
1	តើកូនរបស់អ្នកផឹក ឬញ៉ាំអាហាររស់បូរណ៍ជាតិកាល់ស្យូម 3 ដងជារាល់ថ្ងៃ? <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, កាដេមីក៏, ឬនីពីស្យា លើសពីមួយដងក្នុងមួយអាទិត្យ ឬទេ? <i>Child eats high fat foods more than once per week?</i>	ទេ No	បាទ/ចាស Yes	រំលង Skip	
4	តើកូនរបស់អ្នក ផឹកទឹកផ្លែឈើលើសពីមួយពែងតូច (4 – 6 អោន) ក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? <i>Child drinks more than one cup of juice per day?</i>	ទេ No	បាទ/ចាស Yes	រំលង Skip	
5	តើកូនរបស់អ្នក ផឹកទឹកស្ករ, ទឹកផ្លែឈើ, ទឹកកីឡា, ទឹកប្លែងកំប៉ុង, ឬទឹកដែលផ្អែមផ្សេងទៀត 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	
			Physical Activity		
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	
7	តើអ្នកបានខ្វល់ខ្វាយអំពីទំងន់នៃកូនរបស់អ្នក ឬទេ? <i>Concerned about child's weight?</i>	ទេ No	បាទ/ចាស Yes	រំលង Skip	
8	តើកូនរបស់អ្នក មើលទូរទស្សន៍ ឬលេងវីដេអូ តិចជាង ២ 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	តើអ្នកបានបន្ថយកំដៅទឹករបស់អ្នក ឲ្យទាបត្រូវបាន (តិចជាង 120 អង្សា) ឬទេ? <i>Water temperature turned down to low-warm?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	
11	តើផ្ទះរបស់អ្នកមានលេខទូរស័ព្ទ នៃមណ្ឌលទប់ទល់ការពុល (800-222-1222) បានបិទនៅក្បែរទូរស័ព្ទរបស់អ្នក ឬទេ? <i>Home has phone # of the Poison Control Center posted by phone?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	
12	តើអ្នកតែងតែដាក់កូនរបស់អ្នក ឲ្យជិះក្នុងកៅស៊ូស្វយ នៅកៅស៊ូឡានខាងក្រោយ (ឬបើកូនរបស់អ្នកខ្ពស់ជាង 4'9" តើប្រើខ្សែក្រវ៉ាត់) ឬទេ? <i>Always places child in booster seat in back seat (or uses a seat belt) if child is over 4'9"?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	

13	តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលនៅក្បែរអាងហែលទឹក, ស្ទឹង, ឬបឹង ឬទេ? <i>Child spends time near a swimming pool, river, or lake?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រហែល Yes	រំលង Skip	
14	តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលនៅកន្លែងទុកកាំភ្លើងនៅក្នុងផ្ទះ ឬទេ? <i>Child spends time in home where a gun is kept?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រហែល Yes	រំលង Skip	
15	តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលជាមួយជនណាម្នាក់ ដែលមានកាំភ្លើង, កាំបិត, ឬអាវុធផ្សេងៗទៀត ឬទេ? <i>Child spends time with anyone who carries a gun, knife, or other weapon?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រហែល Yes	រំលង Skip	
16	តើកូនរបស់អ្នក តែងតែពាក់មួកការពារក្បាល នៅពេលជិះកង់, ដើរស្តេតប៊ិច, ឬស្តូទ័រ ឬទេ? <i>Child always wears helmet when riding a bike, skateboard, or scooter?</i>	បាទ/ ប្រហែល Yes	ទេ No	រំលង Skip	
17	តើកូនរបស់អ្នក ធ្លាប់បានឃើញ ឬធ្លាប់ជាជនរងគ្រោះនៃការធ្វើបាប ឬអំពើហិង្សា ឬទេ? <i>Child ever witnessed or been victim of abuse or violence?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រហែល Yes	រំលង Skip	
18	តើកូនរបស់អ្នក ធ្លាប់បានគេវាយដំ ឬវាយដំអ្នកណាម្នាក់ ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ? <i>Has child been hit or hit someone in the past year?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រហែល Yes	រំលង Skip	
19	តើកូនរបស់អ្នក ធ្លាប់ត្រូវបានគេសំឡុត ឬមានអារម្មណ៍មិនសុខនៅសាលារៀន ឬនៅក្នុងភូមិរបស់អ្នក (ឬត្រូវបានគេសំឡុតតាមអ៊ិនធឺណិត) ឬទេ? <i>Has child ever been bullied or felt unsafe at school/neighborhood (or been cyber-bullied)?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រហែល Yes	រំលង Skip	
20	តើអ្នកជួយកូនរបស់អ្នកដុសធ្មេញ និងត្រូវដុសធ្មេញរបស់វា រាល់ថ្ងៃ ឬទេ? <i>Child brushes and flosses teeth daily?</i>	បាទ/ ប្រហែល Yes	ទេ No	រំលង Skip	Dental Health
21	តើកូនរបស់អ្នក រមែងតែហាក់បីដូចជាស្រងូតស្រងាត់ ឬស្រយុតចិត្ត ឬទេ? <i>Child often seems sad or depressed?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រហែល Yes	រំលង Skip	Mental Health
22	តើកូនរបស់អ្នក ចំណាយពេលជាមួយជនណាម្នាក់ដែលជក់បារី ឬទេ? <i>Child spends time with anyone who smokes?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រហែល Yes	រំលង Skip	Tobacco Exposure
23	តើអ្នកមានសំណួរ ឬចង់ដឹងអ្វីផ្សេងទៀត អំពីសុខភាព, ការចម្រើនលូតលាស់ ឬកិរិយាប្រព្រឹត្តិ នៃកូនរបស់អ្នកឬទេ? <i>Any other questions or concerns about child's health or behavior?</i>	ទេ No	បាទ/ ប្រហែល 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"/>	
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:	