

ការប្រមាណ ការរក្សាសុខភាពឲ្យល្អ

(Staying Healthy Assessment)

មនុស្សពេញវ័យ (Adult)

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ (នាមខ្លួន និងនាមត្រកូល)	ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត	<input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស	ខែថ្ងៃឆ្នាំនៅថ្ងៃនេះ	
មនុស្សដែលបំពេញក្រដាសនេះ (បើអ្នកជំងឺត្រូវការជួយ) <input type="checkbox"/> សមាជិកគ្រួសារ <input type="checkbox"/> មិត្តភក្តិ <input type="checkbox"/> អ្នកផ្សេងទៀត 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? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
Clinic Use Only:				
Nutrition				
1	តើអ្នកផឹក ឬបរិភោគអាហារសំបូរណ៍ជាតិកាល់ស្យូម 3 ដងជារាល់ថ្ងៃ ដូចជាទឹកដោះគោ, ឈើស្បូវ, យ៉ូហ្គឺត, ទឹកស្រព័ន្ធ, ឬតៅហ្វី ឬទេ? <i>Drinks or eats 3 servings of calcium-rich foods daily?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip
2	តើអ្នកបរិភោគផ្លែឈើ និងបន្លែ ជារៀងរាល់ថ្ងៃ ឬទេ? <i>Eats fruits and vegetables every day?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip
3	តើអ្នកដាក់កំរិតចំនួននៃអាហារចៀន ឬអាហារឆាប់រហ័ស ដែលអ្នកបរិភោគ ឬទេ? <i>Limits the amount of fried food or fast food eaten?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip
4	តើអ្នកងាយនឹងអាចទទួលបានអាហារមានសុខភាពល្អឲ្យគ្រប់គ្រាន់ ឬទេ? <i>Easily able to get enough healthy food?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip
5	តើអ្នកផឹកទឹកស្អុយ, ទឹកផ្លែឈើ, ទឹកកក់ ឬទឹកប្លែង ច្រើនជាងថ្ងៃនៃអាទិត្យ ឬទេ? <i>Drinks a soda, juice/sports/energy drink most days of the week?</i>	ទេ No	បាទ/ចាស Yes	រំលង Skip
6	តើអ្នកបរិភោគអាហារច្រើនពេក ឬតិចពេក ជាញឹកញយ ឬទេ? <i>Often eats too much or too little food?</i>	ទេ No	បាទ/ចាស Yes	រំលង Skip
7	តើអ្នកបានខ្វល់ខ្វាយអំពីទម្ងន់របស់អ្នក ឬទេ? <i>Concerned about weight?</i>	ទេ No	បាទ/ចាស Yes	រំលង Skip
Physical Activity				
8	តើអ្នកហាត់ប្រាណ ឬចំណាយពេលធ្វើសកម្មភាព ដូចជាការដើរ, ការធ្វើស្តុនច្បារ, ការហែលទឹក ចំនួន 1/2 ម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ ឬទេ? <i>Exercises or spends time doing moderate activities for at least 1/2 hour a day?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip
Safety				
9	តើអ្នកមានអារម្មណ៍ថាមានក្តីសុខ នៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ឬទេ? <i>Feels safe where she/he lives?</i>	បាទ/ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip
10	តើអ្នកធ្លាប់មានគ្រោះថ្នាក់ឡាន នៅពេលថ្មីៗនេះ ឬទេ? <i>Any car accidents lately?</i>	ទេ No	បាទ/ចាស Yes	រំលង Skip

11	<p>តើអ្នកធ្លាប់បានគេវាយ, ទះកំភ្លៀង, ទាត់បាក់, ឬត្រូវបានធ្វើឲ្យឈឺរូបកាយ ដោយជនណាម្នាក់ កាលពីឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ?</p> <p><i>Been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone in the last year?</i></p>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
12	<p>តើអ្នកតែងតែពាក់ខ្សែក្រវាត់ នៅពេលជិះឡាន ឬទេ?</p> <p><i>Always wears a seat belt when driving or riding in a car?</i></p>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	
13	<p>តើអ្នកទុកកាំភ្លើងនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ឬនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ឬទេ?</p> <p><i>Keeps a gun in house or place where she/he lives?</i></p>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
14	<p>តើអ្នកដុសធ្មេញ និងត្រដុសធ្មេញរបស់អ្នករាល់ថ្ងៃ ឬទេ?</p> <p><i>Brushes and flosses teeth daily?</i></p>	បាទ/ ចាស Yes	ទេ No	រំលង Skip	Dental Health
15	<p>តើអ្នករមែងមានចិត្តស្រងូតស្រងាត់, អស់សង្ឃឹម, ខឹងសម្បា, ឬព្រួយបារម្ភ ឬទេ?</p> <p><i>Often feels sad, hopeless, angry, or worried?</i></p>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	Mental Health
16	<p>តើអ្នករមែងមានបញ្ហាក្នុងការសំរាន្ត ឬទេ?</p> <p><i>Often has trouble sleeping?</i></p>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
17	<p>តើអ្នកជក់បារី ឬទំពាថ្នាំជក់ ឬទេ?</p> <p><i>Smokes or chews tobacco?</i></p>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	Alcohol, Tobacco, Drug Use
18	<p>តើមិត្តភក្តិ ឬសមាជិកគ្រួសារ ជក់បារីក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក ឬនៅកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ ឬទេ?</p> <p><i>Friends/family members smoke in house/place where she/he lives?</i></p>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
19	<p>តើនៅក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ, អ្នកធ្លាប់បាន:</p> <ul style="list-style-type: none"> • (បុរស) ពិសាស្រា 5 គយ ឬច្រើនជាង ក្នុងមួយថ្ងៃឬទេ? • (ស្ត្រី) ពិសាស្រា 4 គយ ឬច្រើនជាង ក្នុងមួយថ្ងៃឬទេ? <p><i>In the past year, had (5 for men) or (4 for women) or more alcohol drinks in one day?</i></p>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
20	<p>តើអ្នកប្រើឱសថ ឬថ្នាំពេទ្យអ្វីមួយ ដើម្បីជួយអ្នកសំរាន្ត, សំរាក, រក្សាចិត្ត ឲ្យស្ងៀមស្ងាត់, ឲ្យមានអារម្មណ៍ល្អប្រសើរ, ឬបញ្ចុះទំងន់ ឬទេ?</p> <p><i>Uses any drugs/medicines to help sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?</i></p>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
21	<p>តើអ្នកគិត ថាអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក ប្រហែលជាមានគភ៌ ឬទេ?</p> <p><i>Thinks she/he or your partner could be pregnant?</i></p>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	Sexual Issues
22	<p>តើអ្នកគិតថារូបអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក ប្រហែលជាបានឆ្លងកាមរោគ (STI), ដូចជារោគរលាក បបួរទ្វារយោនី, រោគប្រមេ, រោគប្រស្សអង្កាត ឬទេ?</p> <p><i>Thinks she/he or partner could have an STI?</i></p>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	
23	<p>តើអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក បានរួមដំណេកដោយមិនប្រើរបៀបបង្ការមានកូន ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ?</p> <p><i>She/he or partner(s) had sex without using birth control in the past year?</i></p>	ទេ No	បាទ/ ចាស Yes	រំលង Skip	

24	តើអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក បានរួមដំណេកជាមួយមនុស្សផ្សេងទៀត ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ? <i>She/he or partner(s) had sex with other people in the past year?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>	
25	តើអ្នក ឬដៃគូរបស់អ្នក បានរួមដំណេកដោយមិនប្រើស្រោមអនាម័យ ក្នុងឆ្នាំកន្លងទៅ ឬទេ? <i>She/he or partner(s) had sex without a condom in the past year?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>	
26	តើអ្នកធ្លាប់បានត្រូវគេបង្ខំឲ្យរួមដំណេក ឬត្រូវបានគេរៀបសង្កត់ឲ្យរួមដំណេក ឬទេ? <i>Ever been forced or pressured to have sex?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>	
27	តើអ្នកមានសំណួរអ្វីផ្សេងទៀត ឬមានកង្វល់អំពីសុខភាពរបស់អ្នក ឬទេ? <i>Any other questions or concerns about health?</i>	ទេ <i>No</i>	បាទ/ ចាស <i>Yes</i>	រំលង <i>Skip</i>	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"/> 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"/>	<input type="checkbox"/> Patient Declined the SHA
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: