

Patient Stamp	
Patient Number	Plan Name/Number
<i>If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number</i>	

**ການບະເນີນຜົນກ່ຽວກັບ "ການຍູ່ຍ່າງມີສຸຂພາບສົມບູນ"
ຂອງເດັກ, ອາຍຸ, 0-3 ປີ**

ຊື່ຂອງເດັກ (ຊື່, ນາມສຸກ)	ວັນ ເດືອນ ປີ ເກີດ	ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ວັນ ເດືອນປີ ມີນີ້	<i>For Clinical Use</i>
ຊື່ຂອງທ່ານ	ຄວາມສໍາພັນກ່ຽວກັບເດັກ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ <input type="checkbox"/> ຜູ້ປົກຄອງ <input type="checkbox"/> ພັນອາ <input type="checkbox"/> ຫນູ່ພ້ອມ <input type="checkbox"/> ຜູ້ອື່ນ	Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No		

**ທ່ານແລະທີມຮັກສາສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານສາມາດຮ່ວມມືກັນເພື່ອເຮັດໃຫ້ມີສຸຂພາບສົມບູນຍັງຂຶ້ນ.
ການຕອບຄໍາຖາມເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ດີເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕອບໄດ້. ທ່ານອາດຈະໜ້າຍຸ່ອງ "ຊ້າມ"
ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຄໍາຕອບຫຼືບໍ່ປະສົງຈະຕອບ. ທ່ານອາດຈະປຶກສາກັບທ່ານໜ້ອງທ່ານກ່ຽວກັບຄໍາຖາມແຕ່ລະຂໍ້ກໍໄດ້. ຄໍາຕອບ
ຂອງທ່ານຈະປ້ອງກັນໃ້ໃຫ້ເັນພາກສ່ວນຂອງປະຫວັດພຍາບານຂອງລູກທ່ານ.**

ຕົວຢ່າງຄໍາຖາມແລະຄໍາຕອບ: ລູກທ່ານໄປໂຮງຮຽນເລີ້ມອະນຸຍານບໍ່?	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໃບ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ	Annual Review Date/Initials
---	-------------------------------------	--------------------------------	-------------------------------	--------------------------------

ຢູ່ເຮືອນທ່ານມີ: <i>(Does your home have:)</i>				
1. ເຄື່ອງສັນຍານເຕືອນຄວາມໄຟບໍ່? <i>(A working smoke detector?)</i>	<input type="checkbox"/> ໄບ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໃບ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ	
2. ນໍ້າຈາກກອກນໍ້າຮ້ອນນັ້ນຮ້ອນພໍລວກລູກຂອງທ່ານໄດ້ບໍ່? <i>(Water that comes from the faucet hot enough to burn your child?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໃບ	<input type="checkbox"/> ໄບ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ	
3. ຮົ່ວເຫຼັກປ້ອງກັນປ່ອງຢ້ຽມແລະປະຕູຂັ້ນໃດທີ່ຢູ່ເທິງຂັ້ນທີ່ນຳງ່າບໍ່? <i>(Window guards and stair gates above the first floor?)</i>	<input type="checkbox"/> ໄບ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໃບ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ	
4. ນໍ້າຢາທໍາຄວາມສະອາດ, ຢາປິວພະຍາດ, ແລະໄມ້ຂີດໄຟມ້ຽນໄວ້ໃນຕີ່ໃສ່ກະແຈບໍ່? <i>(Cleaning supplies, medicines, and matches in a locked cabinet?)</i>	<input type="checkbox"/> ໄບ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໃບ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ	
5. ມີເລກໂທຣະສັບຂອງສນກາງປ້ອງກັນຄວາມເບື້ອເມົາຕິດໄວ້ກັບໂທຣະສັບແລ້ວບໍ່? <i>(The phone number for the poison control center posted by your telephone?)</i>	<input type="checkbox"/> ໄບ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໃບ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ	
ທ່ານ: <i>(Do you:)</i>				
6. ໄດ້ໃຫ້ລູກອາຍຸຕໍ່ກວ່າ 12 ເດືອນນອນທາງສເມີບໍ່? <i>(Always put your child to sleep on his/her back, if younger than 12 months of age?)</i>	<input type="checkbox"/> ໃຫ້	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໃຫ້	<input type="checkbox"/> ອ້າມ	
7. ເຄີຍ ໄດ້ເອົາລູກນອນອົມເຕົ້ານໍ້າສົ້ມ, ນໍ້ານົມ, ຫຼືນໍ້າໄຊດາບໍ່? <i>(Ever put your child to sleep with a bottle of juice, milk, or soda?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ	
8. ເຄີຍໄດ້ກວດເບິ່ງວ່າລູກຂອງທ່ານດູເຂັ້ວທຸກໆວັນບໍ່? <i>(Make sure your child's teeth are brushed every day?)</i>	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ	
9. ໄດ້ເຝົ້າລູກຂອງທ່ານທຸກເທື່ອໃນເມື່ອເພິ່ນຢູ່ໃນອ່າງອາບນໍ້າບໍ່? <i>(Always stay with your child when he/she is in the bathtub?)</i>	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ	
10. ໄດ້ເອົາລູກຂອງທ່ານນຶ່ງໃນຕັ້ງຖິ່ນສະເພາະເດັກນ້ອຍພ້ອມດ້ອຍຮັດສາຍແອວ ທີ່ຕິດກັບຕັ້ງຖິ່ນລູກລັງຖິ່ນສເມີບໍ່? <i>(Always put your child in a car seat and seat belt in the back seat of a car?)</i>	<input type="checkbox"/> ເອົາ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເອົາ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ	
11. ກ່ອນຈະດອຍຮີດທຸກເທື່ອ, ທ່ານໄດ້ຍ່າງອ້ອມຮອບຮີດເພື່ອກວດເບິ່ງວ່າມີ ເດັກນ້ອຍຫຼືບໍ່? <i>(Always walk around your car to check for children before backing out?)</i>	<input type="checkbox"/> ໄດ້ຍ່າງ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ຍ່າງ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ	

<i>For Clinical Use</i>					
Intervention Codes:	C: Counseling	EM: Educational Materials	R: Referral	F: Follow-up Needed	SPN: See Progress Notes

		For Clinical Use		
		Interventions Code/Date/Initials		
	ລູກຂອງທ່ານໄດ້: <i>(Does your child:)</i>			
12.	ຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ອື່ນນອກຈາກທ່ານໜີ້ເຊັ່ນ: ໜີ້ປັກເອັມ, ໜີ້ຢາຮາກໄມ້, ໜີ້ໄຊຍະສາດ ຫຼື ໜີ້ປະເພດອື່ນໆບໍ່? <i>(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ຮັບ	<input type="checkbox"/> ໄດ້ຮັບ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
13.	ກິນນົມແມ່ບໍ່? <i>(Breastfeed?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ກິນ	<input type="checkbox"/> ກິນ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
14.	ດື່ມນໍ້ານົມສົດ, ນໍ້ານົມງົວ, ຫຼືກິນນົມສົ້ມຢ່າງນ້ອຍສອງເທື່ອຕໍ່ວັນບໍ່? <i>(Drink formula, milk or eat yogurt at least 2 times each day?)</i>	<input type="checkbox"/> ກິນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ກິນ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
15.	ກິນໝາກໄມ້ແລະຜັກທຸກວັນບໍ່? <i>(Eat fruits and vegetables every day?)</i>	<input type="checkbox"/> ກິນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ກິນ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
16.	ກິນອາຫານຈຳພວກທີ່ອາດຈະເຮັດໃຫ້ຄາດໄດ້ເຊັ່ນ: ແກ່ນໝາກໄມ້ມັນ, ເຂົ້າຕອກແຕກ, ໄສ້ກັອກ, ໝາກອະງຸ່ນ ເປັນໜ່ວຍ, ຫຼື ເຂົ້າໜົມແຂງບໍ່? <i>(Eat foods that may cause choking, such as nuts, popcorn, hotdogs, whole grapes, or hard candy?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ກິນ	<input type="checkbox"/> ກິນ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
17.	ໃຊ້ເວລາໄປຢູ່ເຮືອນຫຼືເຮືອນແຖວທີ່ມີສະລອຍນໍ້າຫຼືອ່າງນໍ້າຮ້ອນບໍ່? <i>(Spend time at a house or apartment complex with a swimming pool or hot tub?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໄປ	<input type="checkbox"/> ໄປ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
18.	ໄດ້ໄປຢູ່ເຮືອນຄົນທີ່ເກັບມ້ຽນປືນໄວ້ບໍ່? <i>(Spend time in a home where a gun is kept?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໄປ	<input type="checkbox"/> ໄປ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
19.	ໄປຢູ່ເຮືອນຄົນທີ່ມີຄົນສູບຢາບໍ່? <i>(Spend time in a home with anyone who smokes?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໄປ	<input type="checkbox"/> ໄປ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
20.	ອອກໄປຂ້າງນອກໂດຍບໍ່ໃຊ້ຄໍຣິມກັນແສງແດດຫຼືສິ່ງປ້ອງກັນແດດແນວອື່ນ ເຊັ່ນວ່າໝວກຫຼືເສື້ອບໍ່? <i>(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection, such as a hat or shirt?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໄປ	<input type="checkbox"/> ໄປ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
21.	ລູກຂອງທ່ານເຄີຍໄດ້ເຫັນເຫດຮ້າຍເກີດຂຶ້ນຫຼືຖືກກົດຂີ່ຂົ່ມເຫັງບໍ່? <i>(Has your child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
22.	ທ່ານມີຄໍາຖາມຫຼືສິ່ງອ້ອງໃຈອື່ນໆກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານບໍ່? <i>(Do you have other questions or concerns about your child's health?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	<input type="checkbox"/> ມີ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
	(ກະຮຸນາ ອະທິບາຍ) <i>(Please identify)</i> _____ _____ _____ _____			

For Clinical Use

Intervention Codes: C: Counseling EM: Educational Materials R: Referral F: Follow-up Needed SPN: See Progress Notes

ຄໍາຖາມສິດສ່ວນຕົວ

ກົດບັນຍັດການໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງປີ 1977 (ປະມວນແພ່ງແຫ່ງຮັດແຄລິຟໍເນັຍ 1798) ແລະກົດ ບັນຍັດສ່ວນຕົວແຫ່ງຮັດລຸບານກາງ (5 USC 552a, ອານຸໜວດ (E) (3) ໄດ້ກຳນົດວ່າ ຕ້ອງເອົາໃບແຈ້ງໃຫ້ເມື່ອເກັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຈາກບຸກຄົນ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ, ແຜນສຸຂະພາບ, ແລະພູແນກສຳທາະນະສ່ຽງຂອງທ່ານໄດ້ຂໍຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມນີ້ເພື່ອຈຸ ປະສິງການໃຫ້ການບໍລິການສັກສິດສຸຂະພາບ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາໃນຟອມນີ້ອີ່ມກັບ ຄວາມສັມັກໃຈຂອງຜູ້ປ່ວຍ, ການບໍ່ອິນຍອມໃຫ້ຂໍ້ມູນຕາມທີ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍນັ້ນຈະບໍ່ເກີດຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ຄົນປ່ວຍແຕ່ຢ່າງໃດເລີຍ. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮວບຮວມໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນສຳຄັນເພື່ອໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ, ແລະຢູ່ພາຍໃຕ້ການປ້ອງກັນດ້ານພະຍາບານແລະດ້ານ ກົດໝາຍກຳນົດຂໍ້ມູນອື່ນທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ. ກົດໝາຍແລະກົດ ລະບຽບຂອງຮຽດຮວມທ້າງຂໍ້ກຳນົດກ່ຽວກັບການລາຍງານແລະການເກັບຮັກສາຄວາມລັບຂອງຄົນ ປ່ວຍມີຜົນບັງຄັບຕໍ່ຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ມີຢູ່ໃນແບບຟອມສະບັບນີ້. ພາຍໃນຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດ ໝາຍແລະຂໍ້ລະບຽບເຫຼົ່ານີ້, ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທີ່ຮວບຮວມໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ອາດຖືກສົ່ງ ໄປຫາອົງ ການຮັດແລະອົງການປົກຄອງແລະຄວບຄຸມທ້ອງຖິ່ນ, ແຜນສຸຂະພາບທີ່ຖືໃບສັນຍາມ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ.