ການປະເມີນຜົນກ່ຽວກັບ ການຢູ່ຢ່າງສົມບູນ
ເດັກ, ອາຍຸ, 9-11 ປີ

Patient Stamp

Patient Number _____ Plan Name/Number _____

If patient stamp not used, write in Patient and Plan Name/Number

ຊື່ຂອງເດັກ (ຊື່, ນາມສກຸນ)	ວັນ ເດືອນ ປີ ເກີດ	ເພດ ❒ ຊາຍ ❒ ຍິງ	ວັນ ເດືອນປີ ມື້ນີ້
ຊື່ຂອງທ່ານ	ຄວາມສຳພັນກ່ຽວກັບເດັກ ❒ ພໍ່ແມ່ ❒ ຜູ້ປົກຄອງ ❒ ພີ່ນ້ອງ ❒ ໝູ່ເພື່ອນ ❒ ຜູ້ອື່ນ		

For Clinical Use

Assistance needed:
Reading: ❒ Yes ❒ No
Interpreter: ❒ Yes ❒ No

Annual Review Date/Initials

ທ່ານແລະທີມຮັກສາສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານສາມາດຮ່ວມມືກັນເພື່ອເຮັດໃຫ້ມີສຸຂພາບສົມບູນຍິ່ງຂຶ້ນ. ການຕອບຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ດີເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕອບໄດ້. ທ່ານອາດຈະຂຽນຊ່ອງ "ຂ້າມ" ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຄຳຕອບຫຼືບໍ່ປະສົງຈະຕອບ. ທ່ານອາດຈະປຶກສາກັບທ່ານໝໍຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຄຳຖາມຂໍ້ໃດກໍໄດ້. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຈະປ້ອງກັນໄວ້ໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນຂອງປະຫວັດພະຍາບານຂອງລູກທ່ານ.

ຕົວຢ່າງຄຳຖາມແລະຄຳຕອບ: ລູກທ່ານໄປໂຮງຮຽນບໍ່?	✓ ເປີ	ບໍ່ເຄີ	ຂ້າມ	**Interventions Code/Date/Initials**
ລູກຂອງທ່ານໄດ້: ***(Does Your Child:)***				
1. **ຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ອື່ນນອກຈາກທ່ານໝໍເຊັ່ນ: ໝໍປັກເຂັມ, ໝໍຢາຮາກໄມ້,ໝໍໃຊ້ຍະສາດຫຼືໝໍປະເພດອື່ນໆບໍ່?** *(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)*	ບໍ່ໄດ້ຮັບ	ໄດ້ຮັບ	ຂ້າມ	
2. **ໄປຫາໝໍປົວແຂ້ວຢ່າງນ້ອຍປີລະເທື່ອບໍ່?** *(See the dentist at least once a year?)*	ໄປ	ບໍ່ໄປ	ຂ້າມ	
3. **ດື່ມນ້ຳນົມງົວ, ຫຼືກິນນົມສົ້ມຫຼືເນີຍແຂງຢ່າງນ້ອຍ 3 ເທື່ອຕໍ່ວັນບໍ່?** *(Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)*	ດື່ມ	ບໍ່ດື່ມ	ຂ້າມ	
4. **ກິນໝາກໄມ້ແລະ ຜັກທຸກໆມື້ບໍ່?** *(Eat fruits and vegetables every day?)*	ກິນ	ບໍ່ກິນ	ຂ້າມ	
5. **ກິນອາຫານຈືນຫຼືສຳເຣັດຮູບແຕ່ຈຳນວນຈຳກັດເທົ່ານັ້ນບໍ່?** *(Eat only a limited amount of fried or fast foods?)*	ກິນ	ບໍ່ກິນ	ຂ້າມ	
6. **ຫຼິ້ນອອກກຳລັງກາຍ 5 ວັນຕໍ່ອາທິດບໍ່?** *(Play actively 5 days a week?)*	ຫຼິ້ນ	ບໍ່ຫຼິ້ນ	ຂ້າມ	
7. **ຕ້ອງການຫລຸດຫຼືເພີ້ມນ້ຳໜັກຂຶ້ນບໍ່?** *(Need to lose or gain weight?)*	ບໍ່ຕ້ອງການ	ຕ້ອງການ	ຂ້າມ	
8. **ຮູ້ສຶກເສົ້າໃຈຫຼືເສົ້າສະຫລົດໃຈບໍ່?** *(Often feel sad or depressed?)*	ບໍ່ຮູ້ສຶກ	ຮູ້ສຶກ	ຂ້າມ	
9. **ໃສ່ໝວກກັນການກະທົບທຸກເທື່ອທີ່ຂີ່ຣົດຖີບຫຼືເປັນລໍ້ບໍ່?** *(Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)*	ໃສ່	ບໍ່ໃສ່	ຂ້າມ	
10. **ຮັດສາຍແອວສເມີເວລານັ່ງຂີ່ຣົດບໍ່?** *(Always wear a seatbelt when riding in a car?)*	ຮັດ	ບໍ່ຮັດ	ຂ້າມ	
11. **ໄປຢູ່ເຮືອນຄົນທີ່ມີປືນເກັບໄວ້ບໍ່?** *(Spend time in a home where a gun is kept?)*	ບໍ່ໄປ	ໄປ	ຂ້າມ	

For Clinical Use

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: *(Does Your Child:)*				
12.	ໃຊ້ເວລາຢູ່ກັບໝູ່ທີ່ຖືປືນ, ມີດ, ໄມ້ຄ້ອນຫຼືອາວຸດຢ່າງອື່ນບໍ່? *(Spend time with any friends who carry a gun, knife, club, or other weapon?)*	ບໍ່ໃຊ້	ໃຊ້	ອ້າມ	
13.	ໄປຢູ່ເຮືອນທີ່ມີຄົນສູບຢາບໍ່? *(Spend time in a home with anyone who smokes?)*	ບໍ່ໄປ	ໄປ	ອ້າມ	
14.	ໄດ້ອອກໄປຂ້າງນອກໂດຍບໍ່ໃຊ້ຄຣີມຫຼືສິ່ງປ້ອງກັນແສງແດດແນວອື່ນ ເຊັ່ນว່ານວກຫຼືເສື້ອບໍ່? *(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)*	ບໍ່ໄດ	ໄດ້	ອ້າມ	
	ລູກທ່ານເຄີຍ: *(Has Your Child:)*				
15.	ສູບຢາຫຼືສີຢາ/ອົມຢາບໍ່? *(Ever smoked cigarettes or chewed tobacco?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
16.	ເຄີຍດື່ມເຫຼົ້າເຊັ່ນ ເຫຼົ້າເບັຽ, ເຫຼົ້າອະງຸ່ນ, ເຫຼົ້າໜາກໄມ້ຫຼືເຫຼົ້າອື່ນໆບໍ່? *(Ever had alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
17.	ເຄີຍສູບຊາ, ດົມກາວ, ຫຼືໃຊ້ຢາເສບຕິດບໍ່? *(Ever smoked marijuana, sniffed glue, or used street drugs?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
18.	ມີໝູ່ຫຼືສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ມີບັນຫາກັບຢາເສບຕິດຫຼືເຫຼົ້າບໍ່? *(Had friends or family members who had a problem with drugs or alcohol?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
19.	ເລີ້ມການຫຼິ້ນບ່າວສາວບໍ່? *(Started dating or "going with" boyfriends/girlfriends?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
20.	ເລີ້ມຮ່ວມເພດບໍ່? *(Become sexually active?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
21.	ຖືກລົບກວນຫຼືເຮັດຮ້າຍໃສ່ທາງເພດບໍ່? *(Ever been molested or sexually abused?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
22.	ເຫັນເຫດຮ້າຍຫຼືຖືກກົດຂີ່ຂົ່ມເຫັງທາງຮ່າງກາຍບໍ່? *(Ever witnessed or been a victim of physical abuse or violence?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
23.	ມີບັນຫາຢູ່ເຮືອນຫຼືໂຮງຮຽນບໍ່? *(Had problems at home or school?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
24.	ທ່ານມີຄຳຖາມຫຼືຂໍ້ຂ້ອງใจອື່ນໆກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານບໍ່? *(Do you have other questions or concerns about your child's health?)*	ບໍ່ມີ	ມີ	ອ້າມ	

(ກະຣຸນາ ອະທິບາຍ) *(Please identify)* _____

_____

_____

For Clinical Use

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

ຄຳຖະແຫຼງສິດທີ່ສ່ວນຕົວ

ກົດບັນຍັດການໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງປີ 1977 (ປະມວນແພ່ງແຫ່ງລັດຖະບານກາງ (5 USC 552a, ອານຫນວດ (E) (3) ໄດ້ກຳນົດว່າ ຕ້ອງເອົາໃບແจ້ງນີ້ໃຫ້ເມື່ອເກັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວจາກບຸກຄົນ. ຜູ້ໃຫ້ບໍ່ຣິການສຸຂະພາບ, ແຜນສຸຂະພາບ, ແລະພະແນກສາທາຣະນະສຸກຂອງທ່ານໄດ້ຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມນີ້ເພື່ອจະ ປະສົ່ງການໃຫ້ການບໍ່ຣິການສົກສາດ້ານສຸຂະພາບ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາໃນຟອມນີ້ຂຶ້ນກັບຄວາມສະມັກใจຂອງຜູ້ປ່ວຍ. ການບໍ່ຍິນຍອມໃຫ້ຂໍ້ມູນຕາມທີ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍນັ້ນຈະບໍ່ເກີດຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ຄົນປ່ວຍແຕ່ຢ່າງໃດເລີຍ. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮວບຮວມໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ, ແລະຢູ່ພາຍໃຕ້ການປ້ອງກັນດ້ານພະຍາບານແລະດ້ານ ກົດໝາຍກຳກັບຂໍ້ມູນອື່ນທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ, ກົດໝາຍແລະກົດລະບຽບຂອງຣັດຮວມທັງຂໍກຳນົດກ່ຽວກັບການລາຍງານ ແລະການເກັບຮັກສາຄວາມລັບຂອງຄົນປ່ວຍມີຜົນບັງຄັບຕໍ່ຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ມີຢູ່ໃນແບບຟອມສະບັບນີ້. ພາຍໃນຂໍ້ຈຳກັດຂອງກົດ ໝາຍແລະຂໍ້ລະບຽບເຫຼົ່ານີ້, ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທີ່ຮວບຮວມໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ອາດຖືກສົ່ງ ໄປຫາອົງການຣັຖ ແລະອົງການປົກຄອງແລະຄວບຄຸມທ້ອງຖິ່ນ, ແຜນສຸຂະພາບທີ່ຖືໃບສັນຍາມ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍ່ຣິການສຸຂະພາບ.