

**ການປະເມີນຜົນກ່ຽວກັບ ການຍ່າງສົມບູນ  
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, ນາມສຸກ)	ວັນ ເດືອນ ປີ ເກີດ	ເພດ <input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ	ວັນ ເດືອນປີ ມີນີ້	<b>For Clinical Use</b>
ຊື່ຂອງທ່ານ	ຄວາມສໍາພັນກ່ຽວກັບເດັກ <input type="checkbox"/> ພໍ່ແມ່ <input type="checkbox"/> ຜູ້ປົກຄອງ <input type="checkbox"/> ພໍ່ນ້ອງ <input type="checkbox"/> ຫນ້າເພື່ອນ <input type="checkbox"/> ຜູ້ອື່ນ			Assistance needed: Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

**ທ່ານແລະທີມຮັກສາສະພາບຂອງລູກທ່ານສາມາດຮ່ວມມືກັນເພື່ອເຮັດໃຫ້ມີສະພາບສົມບູນຍິ່ງຂຶ້ນ.  
ການຕອບຄໍາຖາມເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ດີເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕອບໄດ້. ທ່ານອາດຈະໜ້າຍຸ່ອງ "ຂ້າມ"  
ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຄໍາຕອບຫຼືບໍ່ສົງຈະຕອບ. ທ່ານອາດຈະບຶກສາກັບທ່ານໜອງທ່ານກ່ຽວກັບຄໍາຖາມຂໍ້ໃດກໍໄດ້. ຄໍາຕອບ  
ຂອງທ່ານຈະປ້ອງກັນໄວ້ໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນຂອງປະຫວັດພຍາບານຂອງລູກທ່ານ.**

Annual Review  
Date/Initials

ຕົວຢ່າງຄໍາຖາມແລະຄໍາຕອບ: ລູກທ່ານໄປໂຮງຮຽນບໍ່?  ເຈັ້  ບໍ່ເຄີ  ຂ້າມ

Interventions  
Code/Date/Initials

<b>ລູກຂອງທ່ານໄດ້: (Does Your Child:)</b>			
1. ຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ອື່ນນອກຈາກທ່ານໜ້າເຊັ່ນ: ໜັງປັກເຂັມ, ໜັງຢາຮາກໄມ້, ໜັງໃຊ້ຍະສາດຫຼືໜັງປະເພດອື່ນໆບໍ່?	(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ຮັບ <input type="checkbox"/> ໄດ້ຮັບ	<input type="checkbox"/> ຂ້າມ
2. ໄປຫາໜັງປິວແຂ້ວຢ່າງໜ້ອຍປີລະເທື່ອບໍ່? (See the dentist at least once a year?)		<input type="checkbox"/> ໄປ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄປ	<input type="checkbox"/> ຂ້າມ
3. ດື່ມນ້ຳນົມງົວ, ຫຼືກິນນົມສົ້ມຫຼືເນີຍແຂງຢ່າງໜ້ອຍ 3 ເທື່ອຕໍ່ວັນບໍ່? (Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)		<input type="checkbox"/> ດື່ມ <input type="checkbox"/> ບໍ່ດື່ມ	<input type="checkbox"/> ຂ້າມ
4. ກິນໝາກໄມ້ແລະ ຜັກທຸກໆມື້ບໍ່? (Eat fruits and vegetables every day?)		<input type="checkbox"/> ກິນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ກິນ	<input type="checkbox"/> ຂ້າມ
5. ກິນອາຫານຈີນຫຼືສໍາເຮັດຮູບແຕ່ຈໍານວນຈໍາກັດເທົ່ານັ້ນບໍ່? (Eat only a limited amount of fried or fast foods?)		<input type="checkbox"/> ກິນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ກິນ	<input type="checkbox"/> ຂ້າມ
6. ຫຼິ້ນອອກກໍາລັງກາຍ 5 ວັນຕໍ່ອາທິດບໍ່? (Play actively 5 days a week?)		<input type="checkbox"/> ຫຼິ້ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຫຼິ້ນ	<input type="checkbox"/> ຂ້າມ
7. ຕ້ອງການຫລຸດຫຼືເພີ່ມນ້ຳໜັກຂຶ້ນບໍ່? (Need to lose or gain weight?)		<input type="checkbox"/> ບໍ່ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ	<input type="checkbox"/> ຂ້າມ
8. ຮູ້ສຶກເສົ້າໃຈຫຼືເສົ້າສະຫລົດໃຈບໍ່? (Often feel sad or depressed?)		<input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້ສຶກ <input type="checkbox"/> ຮູ້ສຶກ	<input type="checkbox"/> ຂ້າມ
9. ໃສ່ໜວກກັບການກະທົບທຸກເທື່ອທີ່ຂີ່ຮີດຊີບຫຼືເປັນລີ້ບໍ່? (Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)		<input type="checkbox"/> ໃສ່ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໃສ່	<input type="checkbox"/> ຂ້າມ
10. ຮັດສາຍແອວສເມີເວລານັ່ງຂີ່ຮີດບໍ່? (Always wear a seatbelt when riding in a car?)		<input type="checkbox"/> ຮັດ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮັດ	<input type="checkbox"/> ຂ້າມ
11. ໄປຢູ່ເຮືອນຄົນທີ່ມີປືນເກັບໄວ້ບໍ່? (Spend time in a home where a gun is kept?)		<input type="checkbox"/> ບໍ່ໄປ <input type="checkbox"/> ໄປ	<input type="checkbox"/> 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		
	<b>ລູກຂອງທ່ານໄດ້:</b> <i>(Does Your Child:)</i>			
12.	ໃຊ້ເວລາຢູ່ກັບບັນດາໜີ້ໄຫວ, ມິດ, ໄມ້ຄ້ອນຫຼືອາວຸດຢ່າງອື່ນບໍ່? <i>(Spend time with any friends who carry a gun, knife, club, or other weapon?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໃຊ້	<input type="checkbox"/> ໃຊ້	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
13.	ໄປຢູ່ເຮືອນທີ່ມີຄົນສູບຢາບໍ່? <i>(Spend time in a home with anyone who smokes?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໃຜ	<input type="checkbox"/> ໃຜ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
14.	ໄດ້ອອກໄປອ່ານໂດຍບໍ່ໃຊ້ຊີມຫຼືຄັ້ງປ້ອງກັນແສງແດດແນວອື່ນ ເຊັ່ນ ວາໜວກຫຼືເສັ້ນບໍ່? <i>(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້	<input type="checkbox"/> ໄດ້	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
	<b>ລູກທ່ານເຄີຍ:</b> <i>(Has Your Child:)</i>			
15.	ສູບຢາຫຼືສີຢາ/ອົມຢາບໍ່? <i>(Ever smoked cigarettes or chewed tobacco?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
16.	ເຄີຍດື່ມເຫຼົ້າເຊັ່ນ ເຫຼົ້າເບັຽ, ເຫຼົ້າອະງຸ່ນ, ເຫຼົ້າໜາກໄມ້ຫຼືເຫຼົ້າອື່ນໆບໍ່? <i>(Ever had alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
17.	ເຄີຍສູບຊາ, ດົມກາວ, ຫຼືໃຊ້ຢາເສບຕິດບໍ່? <i>(Ever smoked marijuana, sniffed glue, or used street drugs?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
18.	ມີໝູ່ຫຼືສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ມີບັນຫາກັບຢາເສບຕິດຫຼືເຫຼົ້າບໍ່? <i>(Had friends or family members who had a problem with drugs or alcohol?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
19.	ເລີ້ມການຫຼິ້ນບ່າວສາວບໍ່? <i>(Started dating or "going with" boyfriends/girlfriends?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
20.	ເລີ້ມຮ່ວມເພດບໍ່? <i>(Become sexually active?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
21.	ຖືກລົບກວນຫຼືເຮັດຮ້າຍໃສ່ທາງເພດບໍ່? <i>(Ever been molested or sexually abused?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
22.	ເຫັນເຫດຮ້າຍຫຼືຖືກກົດຂີ່ອື່ນເຫັງທາງຮ່າງກາຍບໍ່? <i>(Ever witnessed or been a victim of physical abuse or violence?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
23.	ມີບັນຫາຢູ່ເຮືອນຫຼືໂຮງຮຽນບໍ່? <i>(Had problems at home or school?)</i>	<input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ເຄີຍ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
24.	ທ່ານມີຄໍາຖາມຫຼືສິ່ງອ້ອງໃຈອື່ນໆກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານບໍ່? <i>(Do you have other questions or concerns about your child's health?)</i> <b>(ກະຮຸນາ ອະທິບາຍ)</b> <i>(Please identify)</i> _____ _____ _____	<input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ	<input type="checkbox"/> ມີ	<input type="checkbox"/> ອ້າມ

For Clinical Use

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

**ຄໍາຖາມສິດສ່ວນຕົວ**

ກົດໝາຍຍັດການໃຊ້ຂໍ້ມູນອາປີ 1977 (ປະມວນແພ່ງແຫ່ງຮັດແຄລິຟໍເນັຽ 1798) ແລະກົດ ບັນຍັດສ່ວນຕົວແຫ່ງຮັດລູຊານກາງ (5 USC 552a, ອານາໜວດ (E) (3) ໄດ້ກຳນົດວ່າ ຕ້ອງເອົາໃບແຈ້ງນີ້ໃຫ້ເມື່ອ ກັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຈາກບຸກຄົນ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ, ແຜນສຸຂະພາບ, ແລະພຽງກສາທາະນະສຸກຂອງທ່ານໄດ້ຂໍຂອບໃບແບບຟອມນີ້ເພື່ອຈຸ ປະສິງການໃຫ້ການບໍລິການສຶກສາດ້ານສຸຂະພາບ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາໃບ ຟອມນີ້ອີງຕາມຄວາມສ່ຽງສູງຂອງຜູ້ປ່ວຍ. ການບໍ່ອິນຍອມໃຫ້ຂໍ້ມູນຕາມທີ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍນີ້ຈະບໍ່ເກີດຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ຄົນປ່ວຍແຕ່ຢ່າງໃດເລີຍ. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮວບຮວມໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງ ຄົນປ່ວຍ, ແລະຢາພາຍໃຕ້ການປ້ອງກັນດ້ານພະຍາບານແລະດ້ານ ກົດໝາຍກຳກຽມຂໍ້ມູນອື່ນໆເພື່ອໃຫ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ, ກູດໝາຍແລະກົດລະບຽບຂອງຮັດຮວມທັງຂໍ້ກຳນົດກ່ຽວກັບການລາຍງານ ແລະການເກັບຮັກສາ ຄວາມລັບຂອງຄົນປ່ວຍມີຜົນບັງຄັບຕໍ່ຂໍ້ມູນທາງຢ່າງທີ່ມີໃນແບບຟອມສະບັບນີ້. ພາຍໃນຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດ ໝາຍແລະຂໍ້ລະບຽບເຫຼົ່ານີ້, ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທີ່ຮວບຮວມໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ອາດຖືກສົ່ງ ໄປຫາອົງການຮັດ ແລະອົງການປົກຄອງແລະຄວບຄຸມທ້ອງຖິ່ນ, ແຜນສຸຂະພາບທີ່ໃບສັນຍາມ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ.