

Patient Stamp

ການປະເມີນຜົນກ່ຽວກັບ ການຢ່າງສົມບູນ  
ເດີກວິຍາລຸ່ມ, ອາຍຸ, 18 ປີຂຶ້ນໄປ

Patient Number

Plan Name/Number

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

|                           |                   |  |                  |  |
|---------------------------|-------------------|--|------------------|--|
| ຊື່ຂອງເດີກ (ຊື່, ນາມສຸກນ) | ວັນ ເດືອນ ປີ ເກີດ | ເພດ<br><input type="checkbox"/> ຊາຍ <input type="checkbox"/> ຍິງ | ວັນ ເດືອນປີ ມັ້ນ | <p><i>For Clinical Use</i></p> <p>Assistance needed:<br/>Reading: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No<br/>Interpreter: <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No</p> |
|---------------------------|-------------------|--|------------------|--|

ທ່ານແລະທີມຮັກສາສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານສາມາດຮ່ວມມືກັນເພື່ອເຮັດໃຫ້ມີສຸຂະພາບສົມບູນຍັງຂຶ້ນ.  
ການຕອບຄໍາຖາມເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ດີເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕອບໄດ້. ທ່ານອາດຈະໜ້າຍຊ່ອງ "ຂ້າມ"  
ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຄໍາຕອບຫຼືບໍ່ປະສົງຈະຕອບ. ທ່ານອາດຈະປຶກສາກັບທ່ານໜ້ອງທ່ານກ່ຽວກັບຄໍາຖາມຂີ້ໃດກໍໄດ້. ຄໍາຕອບ  
ຂອງທ່ານຈະຮັບຮູ້ກັນໄວ້ໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນຂອງປະຫວັດສະຫຼາດຂອງລູກທ່ານ.

|                                |
|--------------------------------|
| Annual Review<br>Date/Initials |
|                                |
|                                |

ຕົວຢ່າງຄໍາຖາມແລະຄໍາຕອບ: ທ່ານຫຼີ້ນກິລາບໍ່?  ພໍ້  ບໍ່ຫຼີ້ນ  ຂ້າມ

Interventions  
Code/Date/Initials

|     |   |   |  |
|-----|---|---|--|
| 1.  | <p><b>ທ່ານ:</b> (Do You:)</p> <p>ຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ອື່ນນອກຈາກທ່ານໜ້ອງ: ໜ້ອງປັກເຂັມ, ໜ້ອງຢາຮາກໄມ້, ໜ້ອງໃຊຍະສາດຫຼືໜ້ອງປະເພດອື່ນໆບໍ່? (Receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)?)</p> | <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ຮັບ <input type="checkbox"/> ໄດ້ຮັບ <input type="checkbox"/> ຂ້າມ</p>   |  |
| 2.  | <p>ໄປຫາໜ້ອງແຂ້ວຢ່າງໜ້ອຍປີລະເທື່ອບໍ່? (See the dentist at least once a year?)</p>  | <p><input type="checkbox"/> ໄປ <input type="checkbox"/> ບໍ່ໄປ <input type="checkbox"/> ຂ້າມ</p>           |  |
| 3.  | <p>ດື່ມນົມງົວ, ຫຼືນົມສົ້ມຫຼືເນີຍແຂງຢ່າງໜ້ອຍ 3 ເທື່ອຕໍ່ວັນບໍ່? (Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)</p>   | <p><input type="checkbox"/> ດື່ມ <input type="checkbox"/> ບໍ່ດື່ມ <input type="checkbox"/> ຂ້າມ</p>       |  |
| 4.  | <p>ກິນໜາກໄມ້ແລະຜັກທຸກໆມື້ບໍ່? (Eat fruits and vegetables every day?)</p>  | <p><input type="checkbox"/> ກິນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ກິນ <input type="checkbox"/> ຂ້າມ</p>         |  |
| 5.  | <p>ພຍາຍາມຈຳກັດຈຳນວນອາຫານຈີນຫຼືອາຫານສຳເຣັດຮູບທີ່ທ່ານກິນບໍ່? (Try to limit the amount of fried or fast foods that you eat?)</p>   | <p><input type="checkbox"/> ພະຍາຍາມ <input type="checkbox"/> ບໍ່ພະຍາຍາມ <input type="checkbox"/> ຂ້າມ</p> |  |
| 6.  | <p>ໄດ້ອອກກຳລັງກາຍຫຼືກຳລັງເບົາໆເຊັ່ນການຍ່າງຫຼືເຮັດສວນ 5 ວັນ ຕໍ່ອາທິດບໍ່? (Exercise or do moderate physical activity such as walking or gardening 5 days a week?)</p>   | <p><input type="checkbox"/> ອອກ <input type="checkbox"/> ບໍ່ອອກ <input type="checkbox"/> ຂ້າມ</p>         |  |
| 7.  | <p>ຄິດວ່າຕ້ອງຫຼຸດຫຼືເພີ້ມນ້ຳໜັກບໍ່? (Think you need to lose or gain weight?)</p>  | <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ຄິດ <input type="checkbox"/> ຄິດ <input type="checkbox"/> ຂ້າມ</p>         |  |
| 8.  | <p>ຮູ້ສຶກເສົ້າໃຈ, ໂສກເສົ້າ, ຫຼືໜົດຫວັງບໍ່? (Often feel sad, down, or hopeless?)</p>   | <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້ສຶກ <input type="checkbox"/> ຮູ້ສຶກ <input type="checkbox"/> ຂ້າມ</p>   |  |
| 9.  | <p>ມີໝູ່ຫຼືສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ສູບຢາໃນເຮືອນທ່ານບໍ່? (Have friends or family members that smoke in your home?)</p>   | <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ຂ້າມ</p>           |  |
| 10. | <p>ອອກໄປຊ້າງນອກໂຕຍຸບໍ່ໃຊ້ຄຣີມກັນແສງແດດຫຼືສິ່ງປ້ອງກັນແສງແດດແນວອື່ນເຊັ່ນວ່າໜວກຫຼືເສື້ອບໍ່? (Often spend time outdoors without sunscreen or other otection such as a hat or shirt?)</p>  | <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ໄດ້ <input type="checkbox"/> ໄດ້ <input type="checkbox"/> ຂ້າມ</p>         |  |

For Clinical Use

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

| <b>ຄໍາຕອບຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຄໍາຖາມການໃຊ້ເຫຼົ້າແລະຢາເສບຕິດນັ້ນບໍ່ສາມາດເປີດເຜີຍໃຫ້ ຄົນໃດໆ ຫຼືຜູ້ອື່ນໄດ້ນອກຈາກໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດພິເສດເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກທ່ານ.</b> (Your answers to questions about alcohol and drug use cannot be released to others without your special written permission.) |  | For Clinical Use                 |  |
|--|--|----------------------------------|--|
|  |  | Interventions Code/Date/Initials |  |
| <b>ທ່ານ: (Do You:)</b>   |  |                                  |  |
| 11. ສູບຢາຫຼືຢາຊີກາຫຼືໃຊ້ຢາສູບຢ່າງອື່ນໆບໍ່?<br>(Smoke cigarettes or cigars or use any other kinds of tobacco?)  | <input type="checkbox"/> ບໍ່ສູບ <input type="checkbox"/> ສູບ <input type="checkbox"/> ອ້າມ   |                                  |  |
| 12. ໃຊ້ຢາຫຼືຢາປົວເພື່ອຊ່ວຍນອນຫລັບ, ພັກຜ່ອນຢ່ອນອາລິມ, ສົງບ, ຮູ້ສຶກດີຂຶ້ນ, ຫຼືຫລຸດນ້ຳໜັກບໍ່?<br>(Use any drugs or medicines to go to sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?)  | <input type="checkbox"/> ບໍ່ໃຊ້ <input type="checkbox"/> ໃຊ້ <input type="checkbox"/> ອ້າມ   |                                  |  |
| 13. ສ່ວນຫຼາຍຕື່ມເຫຼົ້າຫຼາຍກ່ວາ 2 ຈອກຕໍ່ວັນບໍ່?<br>(Often have more than 2 drinks containing alcohol in one day?)   | <input type="checkbox"/> ບໍ່ມັກ <input type="checkbox"/> ມັກ <input type="checkbox"/> ອ້າມ   |                                  |  |
| 14. ຄິດວ່າທ່ານຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານອາດໄດ້ຕັ້ງທ້ອງບໍ່?<br>(Think you or your partner could be pregnant?)   | <input type="checkbox"/> ບໍ່ຄິດ <input type="checkbox"/> ຄິດ <input type="checkbox"/> ອ້າມ   |                                  |  |
| 15. ຄິດວ່າທ່ານຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານອາດໄດ້ຕິດເຊື້ອພະຍາດທີ່ເຜີຍແຜ່ທາງເພດບໍ່?<br>(Think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)  | <input type="checkbox"/> ບໍ່ຄິດ <input type="checkbox"/> ຄິດ <input type="checkbox"/> ອ້າມ   |                                  |  |
| <b>ທ່ານເຄີຍ: (Have You:)</b>   |  |                                  |  |
| 16. ຮ່ວມເພດໂດຍບໍ່ໄດ້ໃຊ້ແນວຄຸມກໍາເນີດບໍ່ພາຍໃນປີກາຍນີ້?<br>(Or your partner(s) had sex without using birth control in the last year?)  | <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ອ້າມ |                                  |  |
| 17. ຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານເຄີຍຮ່ວມເພດກັບຄົນອື່ນບໍ່ພາຍໃນປີກາຍນີ້?<br>(Or your partner(s) had sex with other people in the past year?)   | <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ອ້າມ |                                  |  |
| 18. ຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານເຄີຍຮ່ວມເພດໂດຍບໍ່ໃຊ້ຖົງອະນາມັຍບໍ່ພາຍໃນປີກາຍນີ້?<br>(Or your partner(s) had sex without a condom in the past year?)   | <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ອ້າມ |                                  |  |
| 19. ຖືກຂົ່ມເຫັງຫຼືບັງຄັບໃຫ້ຮ່ວມເພດບໍ່?<br>(Ever been forced or pressured to have sex?)   | <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ອ້າມ |                                  |  |
| 20. ຖືກບຸກຄົນໃດຕີ, ຕີບ, ເຕະ ຫຼືເຮັດໃຫ້ໄດ້ຮັບບາດເຈັບທາງຮ່າງກາຍບໍ່?<br>(Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)  | <input type="checkbox"/> ບໍ່ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ເຄີຍ <input type="checkbox"/> ອ້າມ |                                  |  |
| 21. ທ່ານມີຄໍາຖາມຫຼືຂໍ້ສອບຖາມອື່ນໆ ກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງທ່ານບໍ່?<br>(Do you have other questions or concerns about your health?)  | <input type="checkbox"/> ບໍ່ມີ <input type="checkbox"/> ມີ <input type="checkbox"/> ອ້າມ     |                                  |  |
| (ກະຮຸນອະທິບາຍ) (Please identify) _____<br>_____<br>_____<br>_____  |  |                                  |  |

For Clinical Use

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

ຄໍາຖາມສິດທິສ່ວນຕົວ

ກົດໝາຍປ້ອງກັນຂໍ້ມູນຂອງປີ 1977 (ປະມວນແພ່ແຫ່ງຮັດແຄລິຟໍເນັຍ 1798) ແລະກົດ ບັນຍັດສ່ວນຕົວແຫ່ງຮັດຄູບານກາ (5 USC 552a, ອານາໄນ (E) (3) ໄດ້ກຳນົດວ່າ ຕ້ອງເອົາໃບແຈ້ງນີ້ໃຫ້ເມື່ອ ເກັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຈາກບຸກຄົນ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ, ແຜນສຸຂະພາບ, ແລະພະແນກສາທາລະນະສັກຂອງທ່ານໄດ້ຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມນີ້ເພື່ອ ປະສິດທິໃນການໃຫ້ບໍລິການສັກສູດສຸຂະພາບ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານເຮົາໃນ ຟອມນີ້ອີງຕາມຄວາມສ່ຽງໃຈຂອງທ່ານ. ການບໍ່ຍອມໃຫ້ຂໍ້ມູນຕາມທີ່ໄດ້ຮອງອັນນີ້ຈະບໍ່ເກີດຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ຄວາມປວຍແຕ່ຢ່າງໃດເລີຍ. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮວບຮວມໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງ ຄົນປວຍ, ແລະຢ່າພາຍໃດການປ້ອງກັນດ້ານພະຍາບານແລະດ້ານ ກົດໝາຍກຳກັບຂໍ້ມູນອື່ນທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປວຍ, ກົດໝາຍແລະກົດລະບຽບຂອງຮ່ວມທ້າງຂໍກຳນົດກ່ຽວກັບການລາຍງານ ແລະການເກັບຮັກສາ ຄວາມລັບຂອງຄົນປວຍມີຜົນບັງຄັບຕໍ່ຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ມີໃນແບບຟອມສະບັບນີ້. ພາຍໃນຂໍ້ກຳນົດຂອງກົດ ໝາຍແລະຂໍ້ລະບຽບເຫຼົ່ານີ້, ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທ່ານຮວບຮວມໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ອາດຖືກສົ່ງ ໄປຫາອົງການຮຸ ແລະອົງການປົກຄອງແລະຄວບຄຸມທ້ອງຖິ່ນ, ແຜນສຸຂະພາບທີ່ຖືໃບສັນຍາ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ.