

Patient Stamp

ການປະເມີນຜົນກ່ຽວກັບ ການຢ່າງສົມບູນ  
ເດັກວັຍລຸ່ມ, ອາຍຸ, 18 ປີຂຶ້ນໄປ

Patient Number

Plan Name/Number

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

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

ທ່ານແລະທີມຮັກສາສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານສາມາດຮ່ວມມືກັນເພື່ອເຮັດໃຫ້ມີສຸຂະພາບສົມບູນຍິ່ງຂຶ້ນ.  
ການຕອບຄໍາຖາມເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ດີເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕອບໄດ້. ທ່ານອາດຈະໜ້າຍຊ່ອງ "ຂ້າມ"  
ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຄໍາຕອບຫຼືບໍ່ປະສົງຈະຕອບ. ທ່ານອາດຈະປຶກສາກັບທ່ານໜ້ອງທ່ານກ່ຽວກັບຄໍາຖາມຂີ້ໃດກໍໄດ້. ຄໍາຕອບ  
ຂອງທ່ານຈະປ້ອງກັນໄວ້ໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນຂອງປະຫວັດສະຫຼາດຂອງລູກທ່ານ.

Annual Review Date/Initials

ຕົວຢ່າງຄໍາຖາມແລະຄໍາຕອບ: ທ່ານຫຼິ້ນກິລາບໍ່?  ທີ່  ບໍ່ຫຼິ້ນ  ຂ້າມ

Interventions  
Code/Date/Initials

1.	<p><b>ທ່ານ: (Do You:)</b></p> <p>ຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ອື່ນນອກຈາກທ່ານໜ້ອງ: ໜັງປັກເຂັມ, ໜັງຢາຮາກໄມ້, ໜັງໄຊຍະສາດຫຼືໜັງປະເພດອື່ນໆບໍ່? (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>ໄປຫາໜັງແຂ້ວຢ່າງນ້ອຍປີລະເທື່ອບໍ່? (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, ຫຼືນົມສົ້ມຫຼືເນີຍແຂງຢ່າງນ້ອຍ 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, ຫຼືໝົດຫວັງບໍ່? (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? (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, ຮູສິກດີຂຶ້ນ, ຫຼືຫລຸດນ້ຳໜັກບໍ່? (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. ສ່ວນຫຼາຍຕື່ມເຫຼົ້າຫຼາຍກວ່າ 2 ຈອກຕໍ່ວັນບໍ່? (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? (Think you or your partner could be pregnant?)	<input type="checkbox"/> ບໍ່ຄິດ <input type="checkbox"/> ຄິດ <input type="checkbox"/> ອ້າມ		
15. ຄິດວ່າທ່ານຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານອາດໄດ້ຕິດເຊື້ອພະຍາດທີ່ເຜີຍແຜ່ທາງເພດບໍ່? (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? (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? (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? (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? (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? (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? (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) _____ _____ _____ _____			

For Clinical Use

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

ຄຳຖາມສິດທິສ່ວນຕົວ

ກົດໝາຍຄວາມເປັນສ່ວນຕົວຂອງປີ 1977 (ປະມວນແພ່ແຫ່ງຮັດແຄລິຟໍເນັຍ 1798) ແລະກົດ ບັນຍັດສ່ວນຕົວແຫ່ງຮັດຄູບານກາ (5 USC 552a, ອານາໄມ (E) (3) ໄດ້ກຳນົດວ່າ ຕ້ອງເອົາໃບແຈ້ງນີ້ໃຫ້ເມື່ອ ເກັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຈາກບຸກຄົນ. ຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ, ແຜນສຸຂະພາບ, ແລະພະແນກສາທາລະນະສັກຂອງທ່ານໄດ້ຂໍຂອບໃບແບບຟອມນີ້ເພື່ອຈຳລອງ, ປະສົບການໃຫ້ການບໍລິການສັກສູດສຸຂະພາບ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທ່ານເຮົາໃນ ຟອມນີ້ອີງຕາມຄວາມສ່ຽງໃຈຂອງທ່ານ. ການບໍ່ຍອມໃຫ້ຂໍ້ມູນຕາມທີ່ໄດ້ຮອງອັນນີ້ຈະບໍ່ເກີດຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ຄວາມປວຍແຕ່ຢ່າງໃດເລີຍ. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮວບຮວມໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງ ຄົນປ່ວຍ, ແລະຢ່າພາຍໃດການປ້ອງກັນດ້ານພະຍາບານແລະດ້ານ ກົດໝາຍກຳກັບຂໍ້ມູນອື່ນທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ, ກູດໝາຍແລະກົດລະບຽບຂອງຮ່ວມທ້າຍກຳນົດກ່ຽວກັບການລາຍງານ ແລະການເກັບຮັກສາ ຄວາມລັບຂອງຄົນປ່ວຍມີຜົນບັງຄັບຕໍ່ຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ມີໃນແບບຟອມສະບັບນີ້. ພາຍໃນຂໍ້ຈຳກັດຂອງກົດ ໝາຍແລະຂໍ້ລະບຽບເຫຼົ່ານີ້, ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທ່ານຮວບຮວມໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ອາດຖືກສົ່ງ ໄປຫາອົງການຮຸກ ແລະອົງການປົກຄອງແລະຄວບຄຸມທ້ອງຖິ່ນ, ແຜນສຸຂະພາບທີ່ຖືໃບສັນຍາ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍລິການສຸຂະພາບ.