

**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	For Clinical Use
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. ທ່ານອາດຈະປຶກສາກັບທ່ານໜອງທ່ານກ່ຽວກັບຄໍາຖາມຂໍ້ໃດກໍໄດ້. ຄໍາຕອບ
ຂອງທ່ານຈະປ້ອງກັນໄວ້ໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນຂອງປະຫວັດພຍາບານຂອງລູກທ່ານ.**

Annual Review
Date/Initials

ຕົວຢ່າງຄໍາຖາມແລະຄໍາຕອບ: ລູກທ່ານໄປໂຮງຮຽນບໍ່? ເຈັ້ ບໍ່ເຄີ ຂ້າມ

Interventions
Code/Date/Initials

ລູກຂອງທ່ານໄດ້: (Does Your Child:)

- ຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ອື່ນນອກຈາກທ່ານໜ້າເຊັ່ນ: ໜັງປັກເຂັມ, ໜັງຢາຮາກໄມ້, ໜັງໃຊ້ຍະສາດຫຼືໜັງປະເພດອື່ນໆບໍ່?
(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)
 ບໍ່ໄດ້ຮັບ ໄດ້ຮັບ ຂ້າມ
- ໄປຫາໜັງປິວແຂ້ວຢ່າງນ້ອຍປີລະເທື່ອບໍ່? *(See the dentist at least once a year?)*
 ໄປ ບໍ່ໄປ ຂ້າມ
- ດື່ມນ້ຳນົມງົວ, ຫຼືກິນນົມສົ້ມຫຼືເນີຍແຂງຢ່າງນ້ອຍ 3 ເທື່ອຕໍ່ວັນບໍ່?
(Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)
 ດື່ມ ບໍ່ດື່ມ ຂ້າມ
- ກິນໝາກໄມ້ແລະ ຜັກທຸກໆມື້ບໍ່? *(Eat fruits and vegetables every day?)*
 ກິນ ບໍ່ກິນ ຂ້າມ
- ກິນອາຫານຈີນຫຼືສໍາເຮັດຮູບແຕ່ຈໍານວນຈໍາກັດເທົ່ານັ້ນບໍ່?
(Eat only a limited amount of fried or fast foods?)
 ກິນ ບໍ່ກິນ ຂ້າມ
- ຫຼິ້ນອອກກໍາລັງກາຍ 5 ວັນຕໍ່ອາທິດບໍ່? *(Play actively 5 days a week?)*
 ຫຼິ້ນ ບໍ່ຫຼິ້ນ ຂ້າມ
- ຕ້ອງການຫລຸດຫຼືເພີ່ມນ້ຳໜັກຂຶ້ນບໍ່? *(Need to lose or gain weight?)*
 ບໍ່ຕ້ອງການ ຕ້ອງການ ຂ້າມ
- ຮູ້ສຶກເສົ້າໃຈຫຼືເສົ້າສະຫລົດໃຈບໍ່? *(Often feel sad or depressed?)*
 ບໍ່ຮູ້ສຶກ ຮູ້ສຶກ ຂ້າມ
- ໃສ່ໜວກກັບການກະທົບທຸກເທື່ອທີ່ຂີ່ຮີດຊີບຫຼືເປັນລີ້ບໍ່?
(Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)
 ໃສ່ ບໍ່ໃສ່ ຂ້າມ
- ຮັດສາຍແອວສເມີເວລານັ່ງຂີ່ຮີດບໍ່?
(Always wear a seatbelt when riding in a car?)
 ຮັດ ບໍ່ຮັດ ຂ້າມ
- 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: <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"/> ບໍ່ໃຊ້	<input type="checkbox"/> ໃຊ້	<input type="checkbox"/> ອ້າມ
14.	ໄດ້ອອກໄປອ່າງນອກໂດຍບໍ່ໃຊ້ຊີມຫຼືຄັງປ້ອງກັນແສງແດດແນວອື່ນ ເຊັ່ນວ່າໜວກຫຼືເສັ້ນບໍ່? <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
	ລູກທ່ານເຄີຍ: <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.	ມີໜູ່ຫຼືສະມາຊິກຄອບຄົວຜູ້ມີບັນຫາກັບຢາເສບຕິດຫຼືເຫຼົ້າບໍ່? <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.	ເຫັນເຫດຮ້າຍຫຼືຖືກກົດຂີ່ຂົ່ມເຫັງທາງຮ່າງກາຍບໍ່? <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>	<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

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