ການປະເມີນພົນກ່ຽວກັບ "ການຢູ່ຢ່າງມີສຸຂພາບສົມບູນ" ຂອງເດັກ, ອາຍຸ, 0-3 ປີ

Patient Stamp

Patient Number _____ Plan Name/Number _____

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

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

For Clinical Use

Assistance needed:

Reading: ❒ Yes ❒ No

Interpreter: ❒ Yes ❒ No

Annual Review Date/Initials

ທ່ານແລະທີມຮັກສາສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານສາມາດຮ່ວມມືກັນເພື່ອເຮັດໃຫ້ມີສຸຂພາບສົມບູນຍິ່ງຂຶ້ນ. ການຕອບຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ດີທີ່ສຸດທີ່ທ່ານສາມາດຕອບໄດ້. ທ່ານອາດຈະຂຽນຄຳວ່າ "ຂ້າມ" ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຄຳຕອບຫຼືບໍ່ປະສົງຈະຕອບ. ທ່ານອາດຈະປຶກສາກັບທ່ານໝໍຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຄຳຖາມແຕ່ລະຂໍ້ກໍໄດ້. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຈະປ້ອງກັນໄວ້ໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນຂອງປະຫວັດພະຍາບານຂອງລູກທ່ານ.

ຕົວຢ່າງຄຳຖາມແລະຄຳຕອບ: ລູກທ່ານໄປໂຮງຮຽນເລີ້ມອະນຸບານບໍ່?	✔	ບໍ່ໄປ	ຂ້າມ	**Interventions Code/Date/Initials**
ຢູ່ເຮືອນທ່ານມີ: ***(Does your home have:)***				
1. ເຄື່ອງສັນຍານເຕືອນຄວນໄຟບໍ່? *(A working smoke detector?)*	ໄປ	ບໍ່ໄປ	ຂ້າມ	
2. ນ້ຳຈາກກອກນ້ຳຮ້ອນນັ້ນຮ້ອນພໍລວກລູກຂອງທ່ານໄດ້ບໍ່? *(Water that comes from the faucet hot enough to burn your child?)*	ບໍ່ໄປ	ໄປ	ຂ້າມ	
3. ຮົ້ວເຫຼັກປ້ອງກັນປ່ອງຢ້ຽມແລະປະຕູຂັ້ນໄດທີ່ຢູ່ເທິງຊັ້ນທີ່ນຶ່ງບໍ່? *(Window guards and stair gates above the first floor?)*	ໄປ	ບໍ່ໄປ	ຂ້າມ	
4. ນ້ຳຢາທຳຄວາມສະອາດ,ຢາປົວພະຍາດ, ແລະໄມ້ຂີດໄຟມ້ຽນໄວ້ໃນຕູ້ໃສ່ກະແຈບໍ່? *(Cleaning supplies, medicines, and matches in a locked cabinet?)*	ໄປ	ບໍ່ໄປ	ຂ້າມ	
5. ມີເລກໂທຣະສັບຂອງສູນກາງປ້ອງກັນຄວາມເປື່ອເມົາຕິດໄວ້ກັບໂທຣະສັບແລ້ວບໍ່? *(The phone number for the poison control center posted by your telephone?)*	ໄປ	ບໍ່ໄປ	ຂ້າມ	
ທ່ານ: ***(Do you:)***				
6. ໄດ້ໃຫ້ລູກອາຍຸຕ່ຳກວ່າ 12 ເດືອນນອນຫງາຍສະເມີບໍ່? *(Always put your child to sleep on his/her back, if younger than 12 months of age?)*	ໃຫ້	ບໍ່ໃຫ້	ຂ້າມ	
7. ເຄີຍ ໄດ້ເອົາລູກນອນອົມເຕົ້ານ້ຳສົ້ມ, ນ້ຳນົມ, ຫຼືນ້ຳໂຊດາບໍ່? *(Ever put your child to sleep with a bottle of juice, milk, or soda?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ຂ້າມ	
8. ເຄີຍໄດ້ກວດເບິ່ງว่าลูกของท่านถูแข้วทุกๆวันบ่? *(Make sure your child's teeth are brushed every day?)*	ເຄີຍ	ບໍ່ເຄີຍ	ຂ້າມ	
9. ໄດ້ເຝົ້າລູກຂອງທ່ານທຸກເທື່ອໃນເມື່ອເຈົ້ານ້ອຍຢູ່ໃນອ່າງອາບນ້ຳບໍ່? *(Always stay with your child when he/she is in the bathtub?)*	ເຄີຍ	ບໍ່ເຄີຍ	ຂ້າມ	
10. ໄດ້ເອົາລູກຂອງທ່ານນັ່ງໃນຕັ່ງຣົດສະເພາະເດັກນ້ອຍພ້ອມດ້ວຍຣັດສາຍແອວ ທີ່ຕິດກັບຕັ່ງຣົດຫລັງຣົດສະເມີບໍ່? *(Always put your child in a car seat and seat belt in the back seat of a car?)*	ເອົາ	ບໍ່ເອົາ	ຂ້າມ	
11. ກ່ອນຈະຖອຍຣົດທຸກເທື່ອ, ທ່ານໄດ້ຍ່າງອ້ອມຮອບຣົດເພື່ອກວດເບິ່ງว่ามี ເດັກນ້ອຍຫຼືບໍ່? *(Always walk around your car to check for children before backing out?)*	ໄດ້ຍ່າງ	ບໍ່ໄດ້ຍ່າງ	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.	**ຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ອື່ນນອກຈາກທ່ານໝໍເຊັ່ນ: ໝໍປັກເຂັມ, ໝໍຢາຮາກໄມ້, ໝໍ່ໃຊ້ຍະສາດ ຫຼື ໝໍ່ປະເພດອື່ນໆບໍ່?** *(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)*	ບໍ່ໄດ້ຮັບ	ໄດ້ຮັບ	ອ້ານ	
13.	**ກິນນົມແມ່ບໍ່?** *(Breastfeed?)*	ບໍ່ກິນ	ກິນ	ອ້ານ	
14.	**ດື່ມນ້ຳນົມສົດ, ນ້ຳນົມງົວ, ຫຼືກິນນົມສົ້ມຢ່າງນ້ອຍສອງເທື່ອຕໍ່ວັນບໍ່?** *(Drink formula, milk or eat yogurt at least 2 times each day?)*	ກິນ	ບໍ່ກິນ	ອ້ານ	
15.	**ກິນໝາກໄມ້ແລະຜັກທຸກວັນບໍ່?** *(Eat fruits and vegetables every day?)*	ກິນ	ບໍ່ກິນ	ອ້ານ	
16.	**ກິນອາຫານຈຳພວກທີ່ອາດຈະເຮັດໃຫ້ຄາຄໍໄດ້ເຊັ່ນ: ແກ່ນໝາກໄມ້ມັນ, ເຂົ້າຕອກແຕກ, ໄສ້ກັອກ, ໝາກອະງຸ່ນ ເປັນຫມ່ວຍ,ຫຼື ເຂົ້າໜົມແຂງບໍ່?** *(Eat foods that may cause choking, such as nuts, popcorn, hotdogs, whole grapes, or hard candy?*	ບໍ່ກິນ	ກິນ	ອ້ານ	
17.	**ໃຊ້ເວລາໄປຢູ່ເຮືອນຫຼືເຮືອນແຖວທີ່ມີສະລອຍນ້ຳຫຼືອ່າງນ້ຳຮ້ອນບໍ່?** *(Spend time at a house or apartment complex with a swimming pool or hot tub?)*	ບໍ່ໄປ	ໄປ	ອ້ານ	
18.	**ໄດ້ໄປຢູ່ເຮືອນຄົນທີ່ເກັບມ້ຽນປືນໄວ້ບໍ່?** *(Spend time in a home where a gun is kept?)*	ບໍ່ໄປ	ໄປ	ອ້ານ	
19.	**ໄປຢູ່ເຮືອນຄົນທີ່ມີຄົນສູບຢາບໍ່?** *(Spend time in a home with anyone who smokes?)*	ບໍ່ໄປ	ໄປ	ອ້ານ	
20.	**ອອກໄປອ້າງນອກໂດຍບໍ່ໃຊ້ຄຣີມກັນແສງແດດຫຼືສິ່ງປ້ອງກັນແດດແນວອື່ນ ເຊັ່ນວ່າໝວກຫຼືເສື້ອບໍ່?** *(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection, such as a hat or shirt?)*	ບໍ່ໄປ	ໄປ	ອ້ານ	
21.	**ລູກຂອງທ່ານເຄີຍໄດ້ເຫັນເຫດຮ້າຍເກີດຂຶ້ນຫຼືຖືກກົດຂີ່ຂົ່ມເຫັງບໍ່?** *(Has your child ever witnessed or been a victim of abuse or violence?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້ານ	
22.	**ທ່ານມີຄຳຖາມຫຼືຂໍ້ຂ້ອງใจອື່ນໆກ່ຽວກັບສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານບໍ່?** *(Do you have other questions or concerns about your child's health?)* **(ກະຣຸນາ ອະທິບາຍ)** *(Please identify)* _____	ບໍ່ມີ	ມີ	ອ້ານ	

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, ອານຸຫນວດ (E) (3) ໄດ້ກຳນົດວ່າ ຕ້ອງເອົາໃບແຈ້ງນີ້ໃຫ້ເມື່ອເກັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຈາກບຸກຄົນ. ຜູ້ໃຫ້ບໍ່ຣິການສຸຂະພາບ, ແຜນສຸຂະພາບ, ແລະພະແນກສາທາຣະນະສຸກຂອງທ່ານໄດ້ຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມນີ້ເພື່ອ ປະສົງການໃຫ້ການບໍ່ຣິການສົ່ງເສີມສາດທ້ານສຸຂະພາບ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາໃນຟອມນີ້ຂຶ້ນກັບ ຄວາມສັມໃຈຂອງຜູ້ປ່ວຍ. ການບໍ່ຍິນຍອມໃຫ້ຂໍ້ມູນຕາມທີ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍນັ້ນຈະບໍ່ເກີດຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ຄົນປ່ວຍແຕ່ຢ່າງໃດເລີຍ. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮວບຮວມໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ເກັບໄວ້ ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ, ແລະຢູ່ພາຍໃຕ້ການປ້ອງກັນດ້ານພະຍາບານ ແລະດ້ານ ກົດໝາຍກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນອື່ນທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ. ກົດໝາຍ ແລະກົດ ລະບຽບຂອງຣັດ ຮວມທັງຂໍ້ກຳນົດກ່ຽວກັບການລາຍງານ ແລະ ການເກັບຮັກສາຄວາມລັບຂອງຄົນ ປ່ວຍ ມີຜົນບັງຄັບຕໍ່ຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງ ທີ່ມີ ຢູ່ ໃນ ແບບ ຟອ ມ ສະ ບັ ບ ນີ້. ພາ ຍ ໃ ນ ຂ ໍ ຈ ຳ ກັ ດ ຂ ອ ງ ກົ ດ ໝ າ ຍ ແ ລ ະ ຂ ໍ ລ ະ ບ ຽ ບ ເ ຫ ຼ າ ນ ີ້ , ຂ ໍ ມ ູ ນ ບ າ ງ ຢ ່ າ ງ ທ ີ່ ຣ ວ ບ ຣ ວ ມ ໃ ນ ແ ບ ບ ຟ ອ ມ ສ ະ ບ ັ ບ ນ ີ້ ອ າ ດ ຖ ິ ກ ສ ົ ່ ງ ໄ ປ ຫ າ ອ ົ ງ ການ ຣ ັ ດ ແ ລ ະ ອ ົ ງ ການ ປ ົ ກ ຄ ອ ງ ແ ລ ະ ຄ ວ ບ ຄ ຸ ມ ທ ້ ອ ງ ຖ ິ ່ ນ, ແ ຜ ນ ສ ຸ ຂ ະ ພ າ ບ ທ ີ່ ຖ ິ ໃ ບ ສ ັ ນ ຍ າ ມ ແ ລ ະ ຜ ູ ້ ໃ ຫ ້ ບ ໍ ່ ຣ ິ ການ ສ ຸ ຂ ະ ພ າ ບ.

ການປະເມີນຜົນກ່ຽວກັບ ການຢູ່ຢ່າງສົມບູນ ເດັກ, ອາຍຸ, 4-8 ປີ

Patient Stamp

Patient Number _____ Plan Name/Number _____

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

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

For Clinical Use

Assistance needed:

Reading: ❒ Yes ❒ No

Interpreter: ❒ Yes ❒ No

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

Annual Review Date/Initials

ຕົວຢ່າງຄຳຖາມແລະຄຳຕອບ: ລູກທ່ານເຄີຍຫລິ້ນກີລາບ	✓ ເປີ	ບໍ່ເຄີ	ຂ້າມ	**Interventions Code/Date/Initials**
ຢູ່ເຮືອນທ່ານມີ: ***(Does Your Home Have:)***				
1. ເຄື່ອງສັນຍານເຕືອນຄັວນໄຟບໍ່ *(A working smoke detector?)*	ມີ	ບໍ່ມີ	ຂ້າມ	
2. ນ້ຳຈາກກອກນ້ຳຮ້ອນນັ້ນຮ້ອນພໍລວກລູກຂອງທ່ານໄດ້ບໍ່? *(Water that comes from the faucet hot enough to burn your child?)*	ບໍ່ມີ	ມີ	ຂ້າມ	
3. ຮົ້ວເຫຼັກປ້ອງກັນປ່ອງຢ້ຽມແລະປະຕູຂັ້ນໄດທີ່ຢູ່ເທິງຊັ້ນທີ່ນຶ່ງບໍ່? *(Window guards above the first floor?)*	ມີ	ບໍ່ມີ	ຂ້າມ	
4. ນ້ຳຢາທຳຄວາມສະອາດ,ຢາປົວພະຍາດ, ແລະໄມ້ຂີດໄຟ ໄດ້ມ້ຽນໄວ້ໃນຕູ້ໃສ່ກະແຈບໍ່? *(Cleaning supplies, medicines and matches in a locked cabinet?)*	ມີ	ບໍ່ມີ	ຂ້າມ	
5. ມີເລກໂທຣະສັບຂອງອົງການປ້ອງກັນຄວາມເປື້ອນເມົາໄດ້ຕິດໄວ້ກັບໂທຣະສັບແລ້ວບໍ່? *(The phone number for the poison control center posted by your telephone?)*	ມີ	ບໍ່ມີ	ຂ້າມ	
ລູກຂອງທ່ານໄດ້: ***(Does Your Child:)***				
6. ຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ອື່ນນອກຈາກທ່ານໝໍເຊັ່ນ: ໝໍປັກເຂັມ, ໝໍຢາຮາກໄມ້, ໝໍໄຊຍະສາດຫຼືໝໍປະເພດອື່ນໆບໍ່? *(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer]?)*	ບໍ່ໄດ້ຮັບ	ໄດ້ຮັບ	ຂ້າມ	
7. ໄປຫາໝໍປົວແຂ້ວຢ່າງນ້ອຍປີລະເທື່ອບໍ່? *(See the dentist at least once a year?)*	ໄປ	ບໍ່ໄປ	ຂ້າມ	
8. ດື່ມນົມງົວ, ຫຼືກິນນົມສົ້ມ ຫຼືເນີຍແຂງຢ່າງນ້ອຍສອງເທື່ອຕໍ່ວັນບໍ່? *(Drink milk or eat yogurt or cheese at least 2 times each day?)*	ດື່ມ	ບໍ່ດື່ມ	ຂ້າມ	
9. ກິນໝາກໄມ້ແລະຜັກທຸກໆວັນບໍ່? *(Eat fruits and vegetables every day?)*	ກິນ	ບໍ່ກິນ	ຂ້າມ	
10. ກິນອາຫານຈີນຫຼືສຳເຣັດຮູບແຕ່ຈຳນວນຈຳກັດເທົ່ານັ້ນບໍ່? *(Eat only a limited amount of fried or fast foods?)*	ກິນ	ບໍ່ກິນ	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:)***				
11.	**ຫຼິ້ນອອກກຳລັງກາຍ 5 ວັນ ຕໍ່ອາທິດບໍ່?** *(Play actively 5 days a week?)*	ຫຼິ້ນ	ບໍ່ຫຼິ້ນ	ອ້າມ	
12.	**ຕ້ອງການຫລຸດຫຼືເພີ້ມນ້ຳໜັກບໍ່?** *(Need to lose or gain weight?)*	ບໍ່ຕ້ອງການ	ຕ້ອງການ	ອ້າມ	
13.	**ເຄີຍຫຼິ້ນໃນຖະນົນຫຼືໃນໜ້າບ້ານໂດຍບໍ່ມີການຄວບຄຸມບໍ່?** *(Ever play in the street or unsupervised in the front yard?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
14.	**ໄດ້ໃສ່ສາຍຮັດເອວຫລື ເບາະຮອງສະເໝີເວລານັ່ງຂີ່ລົດບໍ່?** *(Always use a booster seat and seat belt when riding in a car?)*	ຮັດ	ບໍ່ຮັດ	ອ້າມ	
15.	**ໃສ່ຫມວກກັນການກະທົບທຸກເທື່ອທີ່ຂີ່ຈັກຖີບຫຼືເປັນລໍ້ບໍ່?** *(Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)*	ໃສ	ບໍ່ໃສ	ອ້າມ	
16.	**ໃຊ້ເວລາໄປເຮືອນຫຼືເຮືອນແຖວທີ່ມີສະລອຍນ້ຳຫຼືອ່າງນ້ຳຮ້ອນບໍ່?** *(Spend time at a house or apartment complex with a swimming pool or hot tub?)*	ບໍ່ໃຊ	ໃຊ	ອ້າມ	
17.	**ໄປຢູ່ເຮືອນຄົນທີ່ມີປືນເກັບໄວ້ບໍ່?** *(Spend time in a home where a gun is kept?)*	ບໍ່ໄປ	ໄປ	ອ້າມ	
18.	**ໄປຢູ່ເຮືອນທີ່ມີຄົນສູບຢາບໍ່?** *(Spend time in a home with anyone who smokes?)*	ບໍ່ໄປ	ໄປ	ອ້າມ	
19.	**ອອກໄປຂ້າງນອກໂດຍບໍ່ໃຊ້ຄຣີມກັນແສງແດດຫຼືສິ່ງປ້ອງກັນແດດແບບອື່ນ ເຊັ່ນວ່າຫມວກຫຼືເສື້ອບໍ່?** *(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)*	ບໍ່ໄປ	ໄປ	ອ້າມ	
	ລູກທ່ານເຄີຍ: ***(Has Your Child:)***				
20.	**ເຄີຍໄດ້ເຫັນຫລືຖືກກົດຂີ່ຂົ່ມເຫັງຫຼືຖືກເຄາະຮ້າຍບໍ່?** *(Ever witnessed or been a victim of abuse or violence?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
21.	**ມີບັນຫາຢູ່ເຮືອນຫຼືໂຮງຮຽນບໍ່?** *(Had any problems at home or school?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
22.	**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

ຄຳຊຸນລວງສິດທີ່ສ່ວນຕົວ

ກົດບັນຍັດການໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງປີ 1977 (ປະມວນແພ່ງແຫ່ງລັດຖະບານກາງ 1798) ແລະກົດ ບັນຍັດສ່ວນຕົວແຫ່ງລັດຖະບານກາງ (5 USC 552a, ອານຸຫນວດ (E) (3) ໄດ້ກຳນົດว່ າ ຕ້ອງເອົາໃບແຈ້ງນີ້ໃຫ້ເມື່ອເກັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຈາກບຸກຄົນ. ຜູ້ໃຫ້ບໍ່ຣິການສຸຂະພາບ, ແຜນສຸຂະພາບ, ແລະພະແນກສາທາຣະນະສຸກຂອງທ່ານໄດ້ຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມນີ້ເພື່ອຈຸ ປະສົງການໃຫ້ການບໍ່ຣິການສົກສາດ້ານສຸຂະພາບ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາໃນຟອມນີ້ຂຶ້ນກັບ ຄວາມສະມັກใจຂອງຜູ້ປ່ວຍ. ການບໍ່ຍິນຍອມໃຫ້ຂໍ້ມູນຕາມທີ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍນັ້ນຈະບໍ່ເກີດຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ຄົນປ່ວຍແຕ່ຢ່າງໃດເລີຍ. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮວບຮວມໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ເກັບໄວ້ ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ, ແລະຢູ່ພາຍໃຕ້ການປ້ອງກັນດ້ານພະຍາບານ ແລະດ້ານ ກົດຫມາຍກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນອື່ນທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ. ກົດຫມາຍ ແລະກົດ ລະບຽບຂອງຣັດ ຮວມທັງຂໍ້ກຳນົດກ່ຽວກັບການ ລາຍງານ ແລະ ການ ເກັບ ຮັກ ສາ ຄວາມ ລັບ ຂອງ ຄົນ ປ່ວ ຍ ມີ ຜົນ ບັ ງ ຄັ ບ ຕໍ່ ຂໍ້ ມູ ນ ທຸ ກ ຢ່ າ ງ ທີ່ ມີ ຢູ່ ໃນ ແບ ບ ຟ ອ ມ ສ ະ ບັ ບ ນີ້. ພາ ຍ ໃ ນ ຂ ໍ ຈ ຳ ກັ ດ ຂ ອ ງ ກົ ດ ຫ ມ າ ຍ ແ ລ ະ ຂ ໍ ລ ະ ບ ຽ ບ ເ ຫ ຼ າ ນີ້, ຂໍ້ ມ ູ ນ ບ າ ງ ຢ່ າ ງ ທີ່ ຮ ວ ບ ຮ ວ ມ ໃ ນ ແ ບ ບ ຟ ອ ມ ສ ະ ບັ ບ ນີ້ ອ າ ດ ຖ ກ ສ ົ ່ ງ ໄ ປ ຫ າ ອ ີ ງ ການ ຣ ັ ດ ແ ລ ະ ອ ົ ງ ການ ປ ົ ກ ຄ ອ ງ ແ ລ ະ ຄ ວ ບ ຄ ຸ ມ ທ ້ ອ ງ ຖ ິ ່ ນ, ແ ຜ ່ ນ ສ ຸ ຂ ະ ພ າ ບ ທ ີ ່ ຖ ກ ໃ ບ ສ ັ ນ ຍ າ ມ ແ ລ ະ ຜ ູ ້ ໃ ຫ ້ ບ ໍ ່ ຣ ິ ການ ສ ຸ ຂ ະ ພ າ ບ.

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, ນາມສະກຸນ)	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?	✓ ເດີ	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 ແລະການເກັບຮັກສາຄວາມລັບຂອງຄົນ້ປ່ວຍມີຜົນບັງຄັບຕໍ່ຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ມີຢູ່ໃນແບບຟອມສະບັບນີ້. ພາຍໃນຂໍ້ຈຳກັດຂອງກົດ ໝາຍແລະຂໍ້ລະບຽບເຫຼົ່ານີ້, ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທີ່ຮວບຮວມໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ອາດຖືກສົ່ງ ໄປຫາອົງການຣັຖ ແລະອົງການປົກຄອງແລະຄວບຄຸມທ້ອງຖິ່ນ, ແຜນສຸຂະພາບທີ່ຖືໃບສັນຍາມ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍ່ຣິການສຸຂະພາບ.

ການປະເມີນຜົນກ່ຽວກັບ ການຢູ່ຢ່າງສົມບູນ ເດັກວັຍລຸ້ນ, ອາຍຸ, 12-17 ປີ

Patient Stamp

Patient Number _____ Plan Name/Number _____

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

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

For Clinical Use

Assistance needed:

Reading: ❒ Yes ❒ No

Interpreter: ❒ Yes ❒ No

ທ່ານແລະທີມຮັກສາສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານສາມາດຮ່ວມມືກັນເພື່ອເຮັດໃຫ້ມີສຸຂພາບສົມບູນຍິ່ງຂຶ້ນ. ການຖາມຕອບຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ດີເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕອບໄດ້. ທ່ານອາດຈະໝາຍຊ່ອງ "ຂ້າມ" ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຄຳຕອບຫຼືບໍ່ປະສົງຈະຕອບ. ທ່ານອາດຈະປຶກສາກັບທ່ານໝໍຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຄຳຖາມແຕ່ລະຂໍ້ກໍໄດ້. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຈະປ້ອງກັນໄວ້ໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນຂອງປະຫວັດພະຍາບານຂອງລູກທ່ານ.

Annual Review Date/Initials

ຕົວຢ່າງຄຳຖາມແລະຄຳຕອບ: ທ່ານຫຼິ້ນກີລາບໍ່?	✔ ຫຼິ້ນ	ບໍ່ຫຼິ້ນ	ຂ້າມ	Interventions Code/Date/Initials
ທ່ານ: ***(Do You:)***				
1. **ຢູ່ເຮືອນບໍ່?** *(Live at home?)*	ຢູ່	ບໍ່ຢູ່	ຂ້າມ	
2. **ໄປໂຮງຮຽນບໍ່?** *(Go to school?)*	ໄປ	ບໍ່ໄປ	ຂ້າມ	
3. **ຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ອື່ນນອກຈາກທ່ານໝໍເຊັ່ນ: ໝໍປັກເຂັມ, ໝໍຢາຮາກໄມ້, ໝໍໄຊຍະສາດຫຼືໝໍປະເພດອື່ນໆບໍ່?** *(Receive health care from anyone besides a medical doctor [such as an acupucturist, herbalist, curandero, or other healer]?)*	ບໍ່ໄດ້ຮັບ	ໄດ້ຮັບ	ຂ້າມ	
4. **ໄປຫາໝໍແຂ້ວຢ່າງນ້ອຍປີລະເທື່ອບໍ່?** *(See the dentist at least once a year?)*	ໄປ	ບໍ່ໄປ	ຂ້າມ	
5. **ດື່ມນ້ຳນົມງົວ, ຫຼືກິນນົມສົ້ມຫຼືເນີຍແຂງຢ່າງນ້ອຍ 3 ເທື່ອຕໍ່ວັນບໍ່?** *(Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)*	ດື່ມ	ບໍ່ດື່ມ	ຂ້າມ	
6. **ກິນໝາກໄມ້ແລະຜັກທຸກໆມື້ບໍ່?** *(Eat fruits and vegetables every day?)*	ກິນ	ບໍ່ກິນ	ຂ້າມ	
7. **ພະຍາຍາມຈຳກັດຈຳນວນອາຫານຈືນຫຼືອາຫານສຳເລັດຮູບທີ່ທ່ານກິນບໍ່?** *(Try to limit the amount of fried or fast foods that you eat?)*	ພະຍາຍາມ	ບໍ່ພະຍາຍາມ	ຂ້າມ	
8. **ອອກກຳລັງກາຍຫຼືຫຼິ້ນກີລາ 5 ວັນຕໍ່ອາທິດບໍ່?** *(Exercise or play an active sport 5 days a week?)*	ອອກ	ບໍ່ອອກ	ຂ້າມ	
9. **ຄິດว่าต้องหลุดหรือเพิ่มน้ำหนักบ่?** *(Think you need to lose or gain weight?)*	ບໍ່ຄິດ	ຄິດ	ຂ້າມ	
10. **ມັກຮູ້ສຶກເສົ້າໃຈ, ໂສກເສົ້າ, ຫຼືຫມົດຫວັງບໍ່?** *(Often feel sad, down, or hopeless?)*	ບໍ່ມັກ	ມັກ	ຂ້າມ	
11. **ຮັດສາຍແອວສະເມີເວລານັ່ງຂີ່ຣົດບໍ່?** *(Always wear a seat belt when riding in a car?)*	ຮັດ	ບໍ່ຮັດ	ຂ້າມ	
12. **ໃສ່ໝວກກັນກະທົບທຸກເທື່ອທີ່ຂີ່ຣົດຖີບຫຼືແປ້ນລໍ້ບໍ່?** *(Always wear a helmet when riding a bike or skateboard?)*	ໃສ່	ບໍ່ໃສ່	ຂ້າມ	
13. **ໄປຢູ່ເຮືອນຄົນທີ່ມີປືນເກັບໄວ້ບໍ່?** *(Spend time in a home where a gun is kept?)*	ບໍ່ໄປ	ໄປ	ຂ້າມ	
14. **ໄປຢູ່ເຮືອນທີ່ມີຄົນສູບຢາບໍ່?** *(Spend time in a home with anyone who smokes?)*	ບໍ່ໄປ	ໄປ	ຂ້າມ	
15. **ອອກໄປຂ້າງນອກໂດຍບໍ່ໃຊ້ຄຣີມກັນແສງແດດຫຼືສິ່ງປ້ອງກັນແດດແນວອື່ນ ເຊັ່ນว่าหมวกหรือเสื้อบ่?** *(Often spend time outdoors without sunscreen or other protection such as a hat or shirt?)*	ບໍ່ໄປ	ໄປ	ຂ້າມ	

For Clinical Use

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

ຈະບໍ່ສາມາດເປີດເຜີຍຄຳຕອບໃດໆ ກ່ຽວກັບເພດກແລະການວາງແຜນຄອບຄົວຂອງ ທ່ານໃຫ້ບຸກຄົນໃດໆ, ລວມທັງພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານເອງໂດຍບໍ່ໄດ້ຮັບອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກ ອັກສອນພິເສດຈາກທ່ານ. *(Your answers to questions about sex and family planning cannot be shared with anyone, including your parents, without your special written permission.)*				*For Clinical Use* Interventions Code/Date/Initials
ທ່ານເຄີຍ: *(Do You Ever:)*				
16. ສູບຢາຫຼືຢາຊີກາຫຼືອົມຢາ/ສີຢາບໍ່? *(Smoke cigarettes or cigars or chew tobacco?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
17. ດື່ມເຫຼົ້າເຊັ່ນ, ເຫຼົ້າເບັຽ, ເຫຼົ້າອະງຸ່ນ, ເຫຼົ້າຫນາກໄມ້, ຫຼືເຫຼົ້າອື່ນໆບໍ່? *(Drink alcohol such as beer, wine, wine coolers, or liquor?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
18. ຂັບຣົດຫຼັງຈາກດື່ມເຫຼົ້າຫຼືນັ່ງຂີ່ຣົດທີ່ຄົນອື່ນຂັບຫຼັງຈາກດື່ມເຫຼົ້າບໍ່? *(Drive a car after drinking or ride in a car driven by someone who has been drinking?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
19. ໃຊ້ຢາເສບຕິດເຊັ່ນ, ຊາ, ຢາໂຄເຄນ, ຢາໂຄເຄນເປັນກ້ອນ, ຢາເຄຣັນ໌ກ (ຢາມ້າ), ຫຼື ຢາເອັກຕະຊີບໍ່? *(Use drugs such as marijuana, cocaine, crack, crank, or ecstasy?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
20. **ທ່ານເຄີຍຮ່ວມເພດບໍ່?** *(Have you ever had sex?)* ***ຖ້າ "ເຄີຍ" ໃຫ້ຕອບຄຳຖາມຕໍ່ໄປ. ຖ້າ "ບໍ່ເຄີຍ" ໃຫ້ຂ້າມໄປຄຳຖາມຂໍ້ 26.*** *(If "yes," continue to next question. If "no," go to question 26.)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
21. ທ່ານຄິດວ່າທ່ານຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດອາດຕັ້ງທ້ອງບໍ່? *(Do you think you or your partner could be pregnant?)*	ບໍ່ຄິດ	ຄິດ	ອ້າມ	
22. ພາຍໃນປີກາຍນີ້ທ່ານເຄີຍຮ່ວມເພດໂດຍບໍ່ໄດ້ໃຊ້ແນວຄຸມກຳເນີດບໍ່? *(Have you had sex without using birth control in the last year?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
23. ທ່ານຄິດວ່າທ່ານຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານອາດໄດ້ຕິດເຊື້ອພະຍາດທີ່ເຜີຍແຜ່ທາງເພດບໍ່? *(Do you think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)*	ບໍ່ຄິດ	ຄິດ	ອ້າມ	
24. ໃນປີກາຍນີ້ທ່ານຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານເຄີຍຮ່ວມເພດກັບຄົນອື່ນບໍ່? *(Have you or your partner(s) had sex with any other people in the past year?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
25. ເທື່ອແລ້ວນີ້ເມື່ອທ່ານຮ່ວມເພດກັບຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານ, ທ່ານຫຼືຄູ່ຮ່ວມ ເພດທ່ານໄດ້ໃຊ້ຖົງອະນາໄມບໍ່? *(Did you or your partner use a condom the last time you had sex?)*	ໃຊ້	ບໍ່ໃຊ້	ອ້າມ	
ທ່ານ: *(Have you:)*				
26. ເຄີຍຖືກຂົ່ມເຫັງຫຼືບັງຄັບໃຫ້ຮ່ວມເພດບໍ່? *(Ever been forced or pressured to have sex?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
27. ເຄີຍຖືກຄົນໃດຕີ, ຕົບ, ,ເຕະ, ຫຼືເຮັດໃຫ້ໄດ້ຮັບບາບເຈັບທາງຮ່າງກາຍບໍ່? *(Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
28. ເຄີຍຖືປືນ, ມີດ, ໄມ້ຄ້ອນ, ຫຼືອາວຸດແນວອື່ນໆບໍ່? *(Ever carried a gun, knife, club, or other weapon?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ອ້າມ	
29. **ທ່ານມີຄຳຖາມຫຼືຂໍ້ຂ້ອງใจອື່ນໆ ກ່ຽວກັບສຸຂພາບຂອງທ່ານບໍ່?** ***(Do you have other questions or concerns about your health?*** **(ກະຣຸນາອະທິບາຍ)** *(Please identify)* _____ _____	ບໍ່ມີ	ມີ	ອ້າມ	

For Clinical Use

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

ຄຳຖະແຫລງສິດທິສ່ວນຕົວ

ກົດບັນຍັດການໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງປີ 1977 (ປະມວນແພ່ງແຫ່ງຣັດແຄລິຟໍເນັຽ 1798) ແລະກົດ ບັນຍັດສ່ວນຕົວແຫ່ງຣັດຖະບານກາງ (5 USC 552a, ອານຫນວດ (E) (3) ໄດ້ກຳນົດว່າ ຕ້ອງເອົາໃບແຈ້ງນີ້ໃຫ້ເມື່ອ ເກັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວຈາກບຸກຄົນ. ຜູ້ໃຫ້ບໍ່ຣິການສຸຂະພາບ, ແຜນສຸຂະພາບ, ແລະພະແນກສາທາຣະນະສຸກຂອງທ່ານໄດ້ຂໍ້ຂໍ້ມູນໃນແບບຟອມນີ້ເພື່ອຈຸ ປະສົງການໃຫ້ການບໍ່ຣິການສົກສາດ້ານສຸຂະພາບ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາໃນ ຟອມນີ້ຂຶ້ນກັບຄວາມສມັກใจຂອງຜູ້ປ່ວຍ. ການບໍ່ຍິນຍອມໃຫ້ຂໍ້ມູນຕາມທີ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍນັ້ນຈະບໍ່ເກີດຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ຄົນປ່ວຍແຕ່ຢ່າງໃດເລີຍ. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮວບຮວມໄວ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນສິ່ງທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງ ຄົນປ່ວຍ, ແລະຢູ່ພາຍໃຕ້ການປ້ອງກັນດ້ານພະຍາບານແລະດ້ານ ກົດໝາຍກຳນົດຂໍ້ມູນທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ, ກົດໝາຍແລະກົດລະບຽບຂອງຣັດຣວມທັງຂໍ້ກຳນົດກ່ຽວກັບການລາຍງານ ແລະການເກັບຮັກສາ ຄວາມລັບຂອງຄົນປ່ວຍມີຜົນບັງຄັບຕໍ່ຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ມີຢູ່ໃນແບບຟອມສະບັບນີ້. ພາຍໃນຂໍ້ຈຳກັດຂອງກົດ ໝາຍແລະຂໍ້ລະບຽບເຫຼົ່ານີ້, ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທີ່ຮວບຮວມໃນແບບຟອມສະບັບນີ້ອາດຖືກສົ່ງ ໄປຫາອົງການຣັຖ ແລະອົງການປົກຄອງແລະຄວບຄຸມທ້ອງຖິ່ນ, ແຜນສຸຂະພາບທີ່ຖືໃບສັນຍາ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍ່ຣິການສຸຂະພາບ.

ການປະເມີນຜົນກ່ຽວກັບ ການຢູ່ຢ່າງສົມບູນ ເດັກວັຍລຸ່ນ, ອາຍຸ, 18 ປີຂຶ້ນໄປ

Patient Stamp

Patient Number _____ Plan Name/Number _____

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

ຊື່ຂອງເດັກ (ຊື່, ນາມສະກຸນ)	ວັນ ເດືອນ ປີ ເກີດ	ເພດ ❒ ຊາຍ ❒ ຍິງ	ວັນ ເດືອນ ປີ ມື້ນ	*For Clinical Use* Assistance needed: Reading: ❒ Yes ❒ No Interpreter: ❒ Yes ❒ No

ທ່ານແລະທີມຮັກສາສຸຂະພາບຂອງລູກທ່ານສາມາດຮ່ວມມືກັນເພື່ອເຮັດໃຫ້ມີສຸຂພາບສົມບູນຍິ່ງຂຶ້ນ. ການຫາຄອບຄຳຖາມເຫຼົ່ານີ້ໃຫ້ດີເທົ່າທີ່ທ່ານສາມາດຕອບໄດ້. ທ່ານອາດຈະຫມາຍຊ່ອງ "ຂ້າມ" ຖ້າທ່ານບໍ່ຮູ້ຄຳຕອບຫຼືບໍ່ປະສົງຈະຕອບ. ທ່ານອາດຈະປຶກສາກັບທ່ານຫມໍຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຄຳຖາມຂໍ້ໃດກໍໄດ້. ຄຳຕອບຂອງທ່ານຈະປ້ອງກັນໄວ້ໃຫ້ເປັນພາກສ່ວນຂອງປະຫວັດພະຍາບານຂອງລູກທ່ານ.

Annual Review Date/Initials

ຕົວຢ່າງຄຳຖາມແລະຄຳຕອບ: ທ່ານຫຼິ້ນກີລາບໍ່?	✓	ບໍ່ຫຼິ້ນ	ຂ້າມ	Interventions Code/Date/Initials
ທ່ານ: *(Do You:)*				
1. ຮັບການປິ່ນປົວຈາກຜູ້ອື່ນນອກຈາກທ່ານຫມໍເຊັ່ນ: ຫມໍປັກເຂັມ, ຫມໍຢາຮາກໄມ້, ຫມໍໄຊຍະສາດຫຼືຫມໍປະເພດອື່ນໆບໍ່? *(Receive health care from anyone besides a medical doctor (such as an acupuncturist, herbalist, curandero, or other healer)?)*	ບໍ່ໄດ້ຮັບ	ໄດ້ຮັບ	ຂ້າມ	
2. ໄປຫາຫມໍແຂ້ວຢ່າງນ້ອຍປີລະເທື່ອບໍ່? *(See the dentist at least once a year?)*	ໄປ	ບໍ່ໄປ	ຂ້າມ	
3. ດື່ມນົມງົວ, ຫຼືນົມສົ້ມຫຼືເນີຍແຂງຢ່າງນ້ອຍ 3 ເທື່ອຕໍ່ວັນບໍ່? *(Drink milk or eat yogurt or cheese at least 3 times each day?)*	ດື່ມ	ບໍ່ດື່ມ	ຂ້າມ	
4. ກິນຫມາກໄມ້ແລະຜັກທຸກໆມື້ບໍ່? *(Eat fruits and vegetables every day?)*	ກິນ	ບໍ່ກິນ	ຂ້າມ	
5. ພະຍາຍາມຈຳກັດຈຳນວນອາຫານຈີນຫຼືອາຫານສຳເຣັດຮູບທີ່ທ່ານກິນບໍ່? *(Try to limit the amount of fried or fast foods that you eat?)*	ພະຍາຍາມ	ບໍ່ພະຍາຍາມ	ຂ້ຳມ	
6. ໄດ້ອອກກຳລັງກາຍຫຼືກຳລັງເບົາໆເຊັ່ນການຍ່າງຫຼືເຮັດສວນ 5 ວັນ ຕໍ່ອາທິດບໍ່? *(Exercise or do moderate physical activity such as walking or gardening 5 days a week?)*	ອອກ	ບໍ່ອອກ	ຂ້າມ	
7. ຄິດว่าต้องหลุดหຼືເພີ້ມນ້ຳຫນັກບໍ່? *(Think you need to lose or gain weight?)*	ບໍ່ຄິດ	ຄິດ	ຂ້າມ	
8. ຮູ້ສຶກເສົ້າໃຈ, ໂສກເສົ້າ, ຫຼືຫມົດຫວັງບໍ່? *(Often feel sad, down, or hopeless?)*	ບໍ່ຮູ້ສຶກ	ຮູ້ສຶກ	ຂ້າມ	
9. ມີຫມູ່ຫຼືສະມາຊິກຄອບຄົວທີ່ສູບຢາໃນເຮືອນທ່ານບໍ່? *(Have friends or family members that smoke in your home?)*	ບໍ່ມີ	ມີ	ຂ້າມ	
10. ອອກໄປຂ້າງນອກໂດຍບໍ່ໃຊ້ຄຣີມກັນແສງແດດຫຼືສິ່ງປ້ອງກັນແສງແດດແນວອື່ນເຊັ່ນว่าหมวกหຼືເສື້ອບໍ່? *(Often spend time outdoors without sunscreen or other otection such as a hat or shirt?)*	ບໍ່ໄດ້	ໄດ້	ຂ້າມ	

For Clinical Use

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

ຄຳຕອບຂອງທ່ານກ່ຽວກັບຄຳຖາມການໃຊ້ເຫຼົ້າແລະຢາເສບຕິດນັ້ນບໍ່ສາມາດເປີດເຜີຍໃຫ້ ຄົນໃດໆ ຫຼືຜູ້ອື່ນໄດ້ນອກຈາກໄດ້ຮັບການອະນຸຍາດພິເສດເປັນລາຍລັກອັກສອນຈາກທ່ານ. *(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**
ທ່ານ: ***(Do You:)***				
11. **ສູບຢາຫຼືຢາຊິກາຫຼືໃຊ້ຢາສູບຢ່າງອື່ນໆບໍ່?** *(Smoke cigarettes or cigars or use any other kinds of tobacco?)*	ບໍ່ສູບ	ສູບ	ຂ້າມ	
12. **ໃຊ້ຢາຫຼືຢາປົວເພື່ອຊ່ວຍນອນຫລັບ, ພັກຜ່ອນຢ່ອນອາລົມ, ສງົບ, ຮູ້ສຶກດີຂຶ້ນ, ຫຼືຫລຸດນ້ຳໜັກບໍ່?** *(Use any drugs or medicines to go to sleep, relax, calm down, feel better, or lose weight?)*	ບໍ່ໃຊ້	ໃຊ້	ຂ້າມ	
13. **ສ່ວນຫຼາຍດື່ມເຫຼົ້າຫຼາຍກ່ວາ 2 ຈອກຕໍ່ວັນບໍ່?** *(Often have more than 2 drinks containing alcohol in one day?)*	ບໍ່ມັກ	ມັກ	ຂ້າມ	
14. **ຄິດວ່າທ່ານຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານອາດໄດ້ຕັ້ງທ້ອງບໍ່?** *(Think you or your partner could be pregnant?)*	ບໍ່ຄິດ	ຄິດ	ຂ້າມ	
15. **ຄິດວ່າທ່ານຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານອາດໄດ້ຕິດເຊື້ອພະຍາດທີ່ເຜີຍແຜ່ທາງເພດບໍ່?** *(Think you or your partner could have a sexually transmitted disease?)*	ບໍ່ຄິດ	ຄິດ	ຂ້າມ	
ທ່ານເຄີຍ: ***(Have You:)***				
16. **ຮ່ວມເພດໂດຍບໍ່ໄດ້ໃຊ້ແນວຄຸມກຳເນີດບໍ່ພາຍໃນປີກາຍນີ້?** *(Or your partner(s) had sex without using birth control in the last year?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ຂ້າມ	
17. **ຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານເຄີຍຮ່ວມເພດກັບຄົນອື່ນບໍ່ພາຍໃນປີກາຍນີ້?** *(Or your partner(s) had sex with other people in the past year?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ຂ້າມ	
18. **ຫຼືຄູ່ຮ່ວມເພດຂອງທ່ານເຄີຍຮ່ວມເພດໂດຍບໍ່ໃຊ້ຖົງອະນາໄມບໍ່ພາຍໃນປີກາຍນີ້?** *(Or your partner(s) had sex without a condom in the past year?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ຂ້າມ	
19. **ຖືກຂົ່ມເຫັງຫຼືບັງຄັບໃຫ້ຮ່ວມເພດບໍ່?** *(Ever been forced or pressured to have sex?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ຂ້າມ	
20. **ຖືກບຸກຄົນໃດຕີ, ຕົບ, ເຕະ ຫຼືເຮັດໃຫ້ໄດ້ຮັບບາດເຈັບທາງຮ່າງກາຍບໍ່?** *(Ever been hit, slapped, kicked, or physically hurt by someone?)*	ບໍ່ເຄີຍ	ເຄີຍ	ຂ້າມ	
21. **ທ່ານມີຄຳຖາມຫຼືຂໍ້ຂ້ອງใจອື່ນໆ ກ່ຽວກັບສຸຂພາບຂອງທ່ານບໍ່?** *(Do you have other questions or concerns about your health?)*	ບໍ່ມີ	ມີ	ຂ້າມ	
(ກະຣຸນາອະທິບາຍ) *(Please identify)* _____				

For Clinical Use

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

ຄຳຖະແຫລງສິດທິສ່ວນຕົວ

ກົດບັນຍັດການໃຊ້ຂໍ້ມູນຂອງປີ 1977 (ປະມວນແພ່ງແຫ່ງລັດແຄລິຟໍເນັຽ 1798) ແລະກົດ ບັນຍັດສ່ວນຕົວແຫ່ງລັດຖະບານກາງ (5 USC 552a, ອານຸຫນວດ (E) (3) ໄດ້ກຳນົດว່າ ຕ້ອງເອົາໃບแจ້ງນີ້ໃຫ້ເມື່ອເກັບຂໍ້ມູນສ່ວນຕົວจากภบคົນ. ຜູ້ໃຫ້ບໍ່ຣິການສຸຂະພາບ, ແຜນສຸຂະພາບ, ແລະພະແນກສາທາຣະນະສຸກຂອງທ່ານໄດ້ຂໍ້ມູນໃນแบบฟอมนี้ເພື່ອจุ ປະສົງການໃຫ້ການບໍ່ຣິການສຶກສາດ້ານສຸຂະພາບ. ການໃຫ້ຂໍ້ມູນທີ່ຮ້ອງຂໍເອົາໃນฟอมนี้ຂึ้ນກັບຄວາມສະມັກใจຂອງຜູ້ປ່ວຍ. ການບໍ່ຍິນຍອມໃຫ້ຂໍ້ມູນຕາມທີ່ໄດ້ຮ້ອງຂໍນັ້ນຈະບໍ່ເກີດຜົນສະທ້ອນ ຕໍ່ຄົນປ່ວຍແຕ່ຢ່າງໃດເລີຍ. ຂໍ້ມູນທີ່ໄດ້ຮວບຮວມໄວ້ໃນแบบฟอมນີ້ແມ່ນສົ່ງທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ, ແລະຢູ່ພາຍໃຕ້ການປ້ອງກັນດ້ານພະຍາບານແລະດ້ານ ກົດໝາຍກຳກັບຂໍ້ມູນທີ່ເກັບໄວ້ໃນບັນທຶກປະຫວັດຂອງຄົນປ່ວຍ. ກົດໝາຍແລະກົດລະບຽບຂອງຣັດຮວມທັງຂໍກຳນົດກ່ຽວກັບການລາຍງານ ແລະການເກັບຮັກສາຄວາມລັບຂອງຄົນ້ປ່ວຍມີຜົນບັງຄັບຕໍ່ຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງທີ່ມີຢູ່ໃນแบบฟอมสະບັບນີ້. ພາຍໃນຂໍ້ຈຳກັດຂອງກົດ ໝາຍแและຂໍ້ລະບຽບເຫຼົ່ານີ້, ຂໍ້ມູນບາງຢ່າງທີ່ຮວບຮວມໃນแบบฟอมสะບັບນີ້ອາດຖືກສົ່ງ ໄປຫາອົງການຣັຖ ແລະອົງການປົກຄອງແລະຄວບຄຸມທ້ອງຖິ່ນ,' ແຜນສຸຂະພາບທີ່ຖືໃບສັນຍາ ແລະຜູ້ໃຫ້ບໍ່ຣິການສຸຂະພາບ.