

របាយការណ៍ពិនិត្យសុខភាពទូទៅ

ឈ្មោះអ្នកចូលរួម		លេខចុះបញ្ជីស្នាក់នៅ	
កាលបរិច្ឆេទត្រួតពិនិត្យ		គ្រឹះស្ថានពិនិត្យសុខភាព	<input type="checkbox"/> ការទៅពិនិត្យសុខភាព <input type="checkbox"/> ការពិនិត្យនៅនឹងកន្លែង

មតិយោបល់ទូទៅអំពីការពិនិត្យសុខភាព

ការកំណត់ — ☐ ធម្មតា A ☐ ធម្មតា B (ដែនកំណត់)  
☐ សង្ស័យមានជំងឺទូទៅ ☐ សង្ស័យមានជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់ ឬជំងឺទឹកនោមផ្អែម (ការធ្វើតេស្តធាតុវិនិច្ឆ័យដែលបានទាមទារ)  
☐ ខុសពីធម្មតា

- ◆ ទទួលបានការពិនិត្យសុខភាពទូទៅ និងការធ្វើតេស្ត , , ផ្សេងទៀត។  
\* សូមពិនិត្យមើលលទ្ធផលនិងការចេញវេជ្ជបញ្ជានៃការវាយតម្លៃទម្លាប់ជីវិតរស់នៅសម្រាប់ការវាយតម្លៃអំពីទម្លាប់ជីវិតរស់នៅរបស់អ្នក។

- ◆ លោក លោកស្រី អ្នកនាង អ្នកត្រូវការការថែទាំសុខភាពដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបញ្ហាដូចខាងក្រោម។

▷ ជំងឺដែលគេសង្ស័យ៖

\* ប្រសិនបើអ្នកត្រូវបានគេធ្វើវិភាគធាតុវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺលើសឈាម ឬជំងឺទឹកនោមផ្អែមអ្នកអាចទទួលបានការធ្វើតេស្តវិភាគធាតុវិនិច្ឆ័យនៅមន្ទីរពេទ្យឬគ្លីនិកដែលនៅក្បែរនោះ។ វិក្កយបត្រវេជ្ជសាស្ត្រនៃការមកជួបលើកដំបូងរបស់អ្នកសម្រាប់ការធ្វើតេស្តវិភាគធាតុវិនិច្ឆ័យត្រូវបានផ្តល់ជូនប្រាក់ (អ្នកគួរតែធ្វើតេស្តមុនថ្ងៃទី 31 ខែមករា ឆ្នាំក្រោយ។ )  
ប្រសិនបើអ្នកជាអ្នកទទួលបានការធានារ៉ាប់រងខាងវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានសិទ្ធិស្របច្បាប់នោះ អ្នកអាចទទួលបានការធ្វើតេស្តធាតុវិនិច្ឆ័យនៅ គ្លីនិកក្បែរនោះដោយស្របតាមច្បាប់ស្តីពីការថែទាំសុខភាពវេជ្ជសាស្ត្រ។

▷ ▷ ជំងឺដែលបានបញ្ជាក់៖

▷ ការគ្រប់គ្រងទម្លាប់នៃជីវិតរស់នៅ

▷ ផ្សេងៗ

\* លទ្ធផលតេស្តឈាមអាចប្រែប្រួល អាស្រ័យលើលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យយោងដែលប្រើប្រាស់ដោយគ្រឹះស្ថានពិនិត្យសុខភាពនីមួយៗ ក្នុងការកំណត់ពីលទ្ធផលធម្មតា A ធម្មតា B និងសង្ស័យមានដំងើ។

ប្រភេទតេស្ត	ជំងឺ	វត្ថុពិនិត្យ	លទ្ធផល (ការប៉ាន់ស្មានតាមសេចក្តីយោង)
ការវាស់វែង	ជំងឺឆាត់/ ការឆាត់ដុះពោះ	កម្ពស់ (cm) / ទម្ងន់ (kg)	/
		BMI (kg/m <sup>2</sup> )	<input type="checkbox"/> ខ្វះទម្ងន់ (ក្រោម 18.5) <input type="checkbox"/> ធម្មតា (18.5-24.9) <input type="checkbox"/> លើសទម្ងន់ (25-29.9) <input type="checkbox"/> ការឆាត់ពេក (30 និងច្រើនជាងនេះ)
		ចង្កេះ (cm)	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> ការឆាត់ដុះពោះ (បុរស៖ 90 និងច្រើនជាងនេះ; ស្ត្រី៖ (85 និងច្រើនជាងនេះ)
		ភាពមិនធម្មតាចំពោះភាពមើលឃើញច្បាស់	<input type="checkbox"/> ដែលបាន កែតម្រូវ
	ភាពមិនធម្មតាចំពោះការស្តាប់ច្បាស់	កម្រិតសោតញ្ញាណ (ឆ្លង/ស្តាំ)	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> សង្ស័យមានជំងឺ
	ជំងឺសម្ពាធឈាមខ្ពស់ (ចង្វាក់បេះដូងចុងក្រោយ/ ចំនួនសម្ពាធឈាម)	/ mmHg	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> ឡើងឈាម <input type="checkbox"/> មុនឡើងឈាម (ចង្វាក់បេះដូងចុងក្រោយ៖ 120-139, ឬចំនួនសម្ពាធឈាម៖ 80-99) <input type="checkbox"/> ការឡើងឈាមដែលសង្ស័យ (140 និងច្រើនជាង ឬ 90 និងច្រើនជាង)

តេស្តឈាម	ជំងឺខ្វះកាសិកាឈាមក្រហម	អេម៉ូក្រូប៊ីន (g/dL)		ប្រុស៖ 13-16.5 ស្រី៖ 12-15.5	<div><input type="checkbox"/> ធម្មតា</div> <div><input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត</div> <div><input type="checkbox"/> ការខ្វះឈាមដែលសង្ស័យ</div>
	ជំងឺទឹកនោមផ្អែម	ជាតិស្ករក្នុងឈាមពេលតមអាហារ (mg/dL)		ក្រោម 100	<div><input type="checkbox"/> ធម្មតា</div> <div><input type="checkbox"/> ថយចុះជាតិស្ករលឿនដែលសង្ស័យ</div> <div><input type="checkbox"/> ជំងឺទឹកនោមផ្អែម (mellitus)</div> <div><input type="checkbox"/> ជំងឺទឹកនោមផ្អែម (mellitus) ដែលសង្ស័យ</div>
	កម្រិតជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាមខុសធម្មតា	កូលេស្តេរ៉ូលសរុប (mg/dL)		ក្រោម 200	<div><input type="checkbox"/> ធម្មតា</div> <div><input type="checkbox"/> ខ្លាញ់ឡើងហួសកម្រិត (Hypercholesterolemia) ដែលសង្ស័យ</div> <div><input type="checkbox"/> សារធាតុរាវត្រីស៊ីរីនឡើងហួសកម្រិត (Hypertriglyceridemia) ដែលសង្ស័យ</div> <div><input type="checkbox"/> ខ្លាញ់ HDL មានកម្រិតទាបដែលសង្ស័យ</div> <div><input type="checkbox"/> ជំងឺទឹកនោមផ្អែម (mellitus)</div>
		កូលេស្តេរ៉ូលល្អ (mg/dL)		ក្រោម 60	
		Triglyceride (mg/dL)		ក្រោម 150	
		កូលេស្តេរ៉ូលអាក្រក់ (mg/dL)		ក្រោម 130	
	ជំងឺតម្រងនោម	ការសំណល់ក្រអៅទឹនស្បែក (mg/dL)		1.5 និងទាបជាង	<div><input type="checkbox"/> ធម្មតា</div> <div><input type="checkbox"/> ជំងឺតម្រងនោមដែលសង្ស័យ</div>
		Glomerular filtration rate (e-GFR) (mL/min/1.73m²)		60 និងច្រើនជាងនេះ	
	ជំងឺថ្លើម	AST(SGOT)(IU/L)		40 និងទាបជាង	<div><input type="checkbox"/> ធម្មតា</div> <div><input type="checkbox"/> ជំងឺថ្លើមដែលសង្ស័យ</div>
		ALT(SGPT)(IU/L)		35 និងទាបជាង	
Gamma-GTP (γGTP)(IU/L)			ប្រុស៖ 63 និងទាបជាង ស្រី៖ 35 និងទាបជាង		

ការវិភាគ ទឹកនោម	ការពិគ្រោះយោបល់ ទឹកនោមខុសធម្មតា	<input type="checkbox"/> ធម្មតា	<input type="checkbox"/> ដែនកំណត់	<input type="checkbox"/> ប្រព័ន្ធពីស្រទះដែលសង្ស័យ
--------------------	------------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------	---

ការថតកាំស្ទីអ៊ីច	រូបថតកាំស្ទីអ៊ីចនៃទ្រូង	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> ជំងឺរបេងស្លូតអសកម្ម <input type="checkbox"/> ជំងឺដែលសង្ស័យ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ៖
------------------	-------------------------	--

ការពិនិត្យ រាងកាយ (បញ្ជីសំណួរ)	ប្រវត្តិរោគវិនិច្ឆ័យពី មុន		ការព្យាបាល	
	របៀបរស់នៅ	<input type="checkbox"/> តម្រូវឱ្យមានគំណាមដក់បាវី <input type="checkbox"/> តម្រូវឱ្យមានលក្ខខណ្ឌញ៉ាំភេសជ្ជៈឬស្រា <input type="checkbox"/> តម្រូវឱ្យមានការហាត់ប្រាណ <input type="checkbox"/> តម្រូវឱ្យមានការលំហាត់សាច់ដុំ * ពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។		

	ភាពអាចអនុវត្តបាន	លទ្ធផល	
ធាតុលោកថ្លើម B	<input type="checkbox"/> អាចអនុវត្តបាន <input type="checkbox"/> មិនអាចអនុវត្តបាន	ជាតិពុលផ្ទៃខាងក្រៅ	<input type="checkbox"/> ទូទៅ <input type="checkbox"/> ជាក់លាក់ ( )
		សារធាតុការពារខ្លួនបូរអង្គបដិបត្តផ្ទៃខាងក្រៅ	<input type="checkbox"/> ទូទៅ <input type="checkbox"/> ជាក់លាក់ ( )
		<input type="checkbox"/> អង្គបដិបត្តបានរកឃើញ <input type="checkbox"/> អង្គបដិបត្តមិនបានរកឃើញ   ធាតុលោកថ្លើម B ដែលសង្ស័យ <input type="checkbox"/> ការធ្វើធាតុវិនិច្ឆ័យបានពន្យារពេល	
		<input type="checkbox"/> គ្មានធាតុសញ្ញាភ្នាក់ទឹកចិត្ត (0~4 ពិន្ទុ) <input type="checkbox"/> ធាតុសញ្ញាភ្នាក់ទឹកចិត្តតិចតួច (5~9 ពិន្ទុ) <input type="checkbox"/> ភ្នាក់ទឹកចិត្តកម្រិតមធ្យមដែលសង្ស័យ (10~19 ពិន្ទុ) <input type="checkbox"/> ភ្នាក់ទឹកចិត្តកម្រិតខ្លាំង (20~27 ពិន្ទុ)	
បញ្ហាមុខងារចងចាំ	<input type="checkbox"/> អាចអនុវត្តបាន <input type="checkbox"/> មិនអាចអនុវត្តបាន	<input type="checkbox"/> គ្មានបញ្ហាខុសធម្មតាជាក់លាក់ទេ (0-5 ពិន្ទុ) <input type="checkbox"/> បញ្ហាមុខងារចងចាំដែលសង្ស័យ (6 ពិន្ទុ និងច្រើនជាង)	
ការធ្វើតេស្តកម្លាំងឆ្អឹង	<input type="checkbox"/> អាចអនុវត្តបាន <input type="checkbox"/> មិនអាចអនុវត្តបាន		<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> ជួសបំណែកឆ្អឹង <input type="checkbox"/> ជំងឺពុកឆ្អឹង
ការវាយតម្លៃមុខងាររាងកាយមនុស្សចាស់	<input type="checkbox"/> អាចអនុវត្តបាន <input type="checkbox"/> មិនអាចអនុវត្តបាន	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> មុខងាររាងកាយដែលថយចុះ	
ការវាយតម្លៃមុខងារមនុស្សចាស់ (បញ្ជីសំណួរ)	<input type="checkbox"/> អាចអនុវត្តបាន <input type="checkbox"/> មិនអាចអនុវត្តបាន	ការជួល	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> ហានិភ័យកម្រិតខ្ពស់ពីការជួល
		សមត្ថភាពធ្វើសកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> ត្រូវការជំនួយរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ
		ការចាក់ថ្នាំបង្ការ	<input type="checkbox"/> ត្រូវការវ៉ាក់សាំងការពារផ្តាសាយ <input type="checkbox"/> ត្រូវការផ្សាំវ៉ាក់សាំងការពារធាតុលោកស្កត <input type="checkbox"/> មិនត្រូវការផ្សាំវ៉ាក់សាំងការពារធាតុលោកស្កត
		បញ្ហានោម	<input type="checkbox"/> ធម្មតា <input type="checkbox"/> បញ្ហានោមដែលសង្ស័យ

ការវាយតម្លៃហានិភ័យជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង

\* ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងសំដៅចំពោះការឈឺចាប់ ដែលមានជំងឺជាប់សរសៃឈាមខួរក្បាល ការងាប់ជាលិកសាច់ដុំបេះដូង ជាដើម។

ឈ្មោះ ០០០	ភេទ ០០	អាយុ ០០	កាលបរិច្ឆេទត្រួតពិនិត្យ ០០០០-០០-០០
ហានិភ័យជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង			
ហានិភ័យជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងរបស់អ្នក (ប្រៀបធៀបទៅនឹងអាយុធម្មតារបស់អ្នក (អាយុ) (ភេទ))	ភាពប្រហាក់ប្រហែលដែលអ្នកវិវត្តន៍ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងក្នុងរយៈពេល 10 ឆ្នាំ លោក លោកស្រី អ្នកនាង ០០០   0.0% អាយុមធ្យម (អាយុ)(ភេទ) របស់អ្នក   0.0%		អាយុសរសៃឈាមបេះដូង ០០ ឆ្នាំ
0.00 ដង			

យល់ដឹងអំពីកត្តាទាក់ទងនឹងសុខភាព កត្តាទាក់ទងនឹងសុខភាព	ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្ន	ស្ថានភាពគោលដៅ	សញ្ញាសុខភាព
ទម្ងន់ ចង្កេះ		ក្រោម 65kg ក្រោម 90cm	គ្រោះថ្នាក់
ការហាត់ប្រាណ		ប្រាំដងឬច្រើនជាងក្នុងមួយសប្តាហ៍	គ្រោះថ្នាក់
ការញ៉ាំបារី		មិនច្រើនជាង 2 កែវ	គ្រោះថ្នាក់
សម្ពាធឈាម		ក្រោម 120	គ្រោះថ្នាក់
ការផឹកបារី		ការពារមិនផឹកបារី	ប្រុងប្រយ័ត្ន
ជាតិស្ករក្នុងឈាមលឿន		ក្រោម 100	ប្រុងប្រយ័ត្ន
ជាតិខ្លាញ់សរុប ជាតិខ្លាញ់ LDL		ក្រោម 200 ក្រោម 130	សុវត្ថិភាព

លោក លោកស្រី អ្នកនាង លទ្ធផលខាងលើនេះជាលក្ខខណ្ឌសុខភាពនិងគោលដៅបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកដោយផ្អែកលើចម្លើយបញ្ជីសំណួរ និងលទ្ធផលតេស្តរបស់អ្នក។  
អ្នកនឹងត្រូវការធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងយ៉ាងសកម្មនូវចំណុចនានាដែលត្រូវនឹងសញ្ញាសុខភាព "ការប្រុងប្រយ័ត្ន" ឬ "គ្រោះថ្នាក់" ។  
ប្រសិនបើអ្នកកំពុងលេបថ្នាំណាមួយសម្រាប់ជំងឺលើសឈាម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម (mellitus) ឬ បរិមាណសារធាតុរាវមិនប្រក្រតី (dyslipidemia)  
លទ្ធផលនៃសញ្ញាសុខភាពរបស់អ្នក នឹងមាន "ការប្រុងប្រយ័ត្ន" បើទោះជានៅពេលសម្ភាធឈាម កម្រិតជាតិស្ករក្នុងឈាមលឿន និងខ្លាញ់បូកសរុបរបស់អ្នក  
ធ្លាក់ចុះនៅក្នុងកម្រិតគោលដៅក៏ដោយ។ សូមបន្តគ្រប់គ្រងលក្ខខណ្ឌសុខភាពរបស់អ្នក។

※ តាមគោលដៅខាងលើ សូមធ្វើតាមការណែនាំទូទៅអាចប្រែប្រួលអាស្រ័យលើលក្ខខណ្ឌសុខភាពរបស់អ្នក។ \*សូមពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក។

ធ្វើឱ្យប្រសើរឡើងកត្តាទាក់ទងនឹងសុខភាព	ភាពប្រហាក់ប្រហែលដែលអ្នកវិវត្តន៍ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ក្នុងរយៈពេល 10 ឆ្នាំ	អាយុសរសៃឈាមបេះដូង ០០ -> ០០
ត្រូវថយចុះត្រឹម 00% (0.0% -> 0.0%)		

ហើយនេះបញ្ជាក់ពីព័ត៌មានខាងលើដែលជាលទ្ធផលពិនិត្យសុខភាពរបស់អ្នក។  
20 . . .  
កាលបរិច្ឆេទវាយតម្លៃ៖ ត្រូវពេទ្យ៖ អាជ្ញាប័ណ្ណ (គុណសម្បត្តិគ្រប់គ្រាន់) / លេខ  
ឈ្មោះ (ហត្ថលេខា)  
(ស្ថាប័នថែទាំសុខភាពខាងវេជ្ជសាស្ត្រ)

លទ្ធផលវាយតម្លៃទម្លាប់ជីវិតរស់នៅ

ឈ្មោះអ្នកចូលរួម		លេខចុះបញ្ជីស្នាក់នៅ	
កាលបរិច្ឆេទត្រួតពិនិត្យ		គ្រឹះស្ថានពិនិត្យសុខភាព	<input type="checkbox"/> ការទៅពិនិត្យសុខភាព <input type="checkbox"/> ការពិនិត្យនៅនឹងកន្លែង

ការដក់បារី	<input type="checkbox"/> អ្នកមិនដក់បារី	<input type="checkbox"/> អតីតអ្នកដក់បារី	<input type="checkbox"/> អ្នកដក់បារីបច្ចុប្បន្ន	<input type="checkbox"/> អ្នកដក់បារីដែលប្រើបារីអេឡិចត្រូនិចតែប៉ុណ្ណោះ
	ការប៉ាន់ស្មានការពឹងផ្អែកលើជាតិនិកូទីន	<input type="checkbox"/> កម្រិតទាប (0-3 ពិន្ទុ)	<input type="checkbox"/> កម្រិតកណ្តាល (4-6 ពិន្ទុ)	<input type="checkbox"/> កម្រិតខ្ពស់ (7-10 points)
	ការចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការបោះបង់ឈប់ដក់បារី	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	
	ការចេញវេជ្ជបញ្ជា	<input type="checkbox"/> ការប្រើក្បាយោបល់ និងការអប់រំ <input type="checkbox"/> ការព្យាបាលដោយថ្នាំ (ការព្យាបាលប្រើសារធាតុជំនួសនីកូទីន , bupropion និង varenicline) <input type="checkbox"/> សំបុត្របញ្ជូន (មជ្ឈមណ្ឌលនិងនិងគ្លីនិកមិនដក់បារី)		

ការពិសារគ្រឿងស្រវឹង	<input type="checkbox"/> មិនផឹក	<input type="checkbox"/> ផឹកតិចតួច	<input type="checkbox"/> ផឹកខ្លាំង	<input type="checkbox"/> បញ្ហាគ្រឿងស្រវឹងដែលសង្ស័យ
	ការចេញវេជ្ជបញ្ជាសម្រាប់ការបោះបង់ឈប់ផឹក/ការដាក់កំហិតឈប់ផឹក	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ	
	ការចេញវេជ្ជបញ្ជា	<input type="checkbox"/> ការប្រើក្បាយោបល់ និងការអប់រំ <input type="checkbox"/> ការព្យាបាលដោយថ្នាំ <input type="checkbox"/> សំបុត្របញ្ជូន (មជ្ឈមណ្ឌលនិងនិងគ្លីនិកមិនដក់បារី)		

លំហាត់ប្រាណ	<input type="checkbox"/> ខ្វះការហាត់ប្រាណ	<input type="checkbox"/> ហាត់ប្រាណជាមូលដ្ឋាន	<input type="checkbox"/> ហាត់ប្រាណលើកកម្ពស់សុខភាព
	<input type="checkbox"/> ខ្វះការហាត់ប្រាណសាច់ដុំ	<input type="checkbox"/> ហាត់ប្រាណសាច់ដុំត្រឹមត្រូវ	
	ការចេញវេជ្ជបញ្ជាហាត់ប្រាណ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	ការចេញវេជ្ជបញ្ជាប្រភេទ៖	<input type="checkbox"/> ដើរលឿន <input type="checkbox"/> ការហែលទឹក <input type="checkbox"/> ការឡើងភ្នំ <input type="checkbox"/> ការហាត់ប្រាណ	<input type="checkbox"/> ការសណ្តូកដៃជើង
	ចំរើនវេលា៖	<input type="checkbox"/> លំហាត់ប្រាណសាច់ដុំ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត ( )	
	ភាពញឹកញាប់៖	<input type="checkbox"/> 10 នាទី <input type="checkbox"/> 15-30 នាទី <input type="checkbox"/> លើស 30 នាទី	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត ( )
		<input type="checkbox"/> 1-2 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍	<input type="checkbox"/> 3-4 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> លើសពី 5 ដងក្នុងមួយសប្តាហ៍

អាហារូបត្ថម្ភ	<input type="checkbox"/> ល្អ	<input type="checkbox"/> ធម្មតា	<input type="checkbox"/> មិនល្អ
	ការចេញវេជ្ជបញ្ជាអាហារូបត្ថម្ភ	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	ការចេញវេជ្ជបញ្ជា	<input type="checkbox"/> សូមបង្កើនបរិមាណអាហារ ( <input type="checkbox"/> ផលិតផលទឹកដោះគោ <input type="checkbox"/> ប្រភេទគ្រឿង <input type="checkbox"/> បន្លែ និងផ្លែឈើ) <input type="checkbox"/> សូមបន្ថយ ( <input type="checkbox"/> ជាតិខ្លាញ់ <input type="checkbox"/> ជាតិស្ករ <input type="checkbox"/> ជាតិអំបិល) <input type="checkbox"/> ទម្លាប់បរិភោគដែលមានសុខភាពល្អ ( <input type="checkbox"/> កុំរំលងអាហារពេលព្រឹក <input type="checkbox"/> បរិភោគអាហារផ្សេងៗឲ្យមានតុល្យភាព) <input type="checkbox"/> សំបុត្របញ្ជូន (ថ្នាក់បង្រៀនពីអាហារូបត្ថម្ភ)	

ជំងឺធាត់	<input type="checkbox"/> ទម្ងន់ធម្មតា	<input type="checkbox"/> លើសទម្ងន់	<input type="checkbox"/> ការធាត់ពេក
	ការចេញវេជ្ជបញ្ជាចំពោះការធាត់ពេកឬលើសទម្ងន់	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	ការចេញវេជ្ជបញ្ជា	<input type="checkbox"/> សូមបន្ថយការបរិភោគអាហារ។ <input type="checkbox"/> សូមបន្ថយបរិមាណនៃគ្រឿងស្រវឹង និងភាពញឹកញាប់នៃការបរិភោគ <input type="checkbox"/> សូមអានវេជ្ជបញ្ជាស្តីពីលំហាត់ប្រាណ. <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត ( )	
		<input type="checkbox"/> សូមបន្ថយអាហារសម្រន់ពេលថ្ងៃ និងពេលយប់។ <input type="checkbox"/> សូមបន្ថយការបរិភោគនៅក្រៅ និងអាហារឆ្អិនរហ័ស។ <input type="checkbox"/> សំបុត្របញ្ជូន (គ្លីនិកជំងឺធាត់)	