

ពាក្យយល់ព្រមឲ្យប្រើលទ្ធផលពិនិត្យសុខភាពសម្រាប់ការគ្រប់គ្រងតាមដាន

\* សូមគូសយកការពិនិត្យ ដែលអ្នកយល់ព្រមផ្តល់ព័ត៌មាន។

[ ☐ ការពិនិត្យសុខភាពទូទៅ (រួមមានការពិនិត្យសុខភាពដែលប្រែប្រួលតាមការថែទាំសុខភាព),

☐ ការពិនិត្យរកជំងឺមហារីក, ☐ ការពិនិត្យសុខភាពកុមារ]

ទម្រង់នេះត្រូវបានប្រើ ដើម្បីទទួលបាននូវការយល់ព្រមពីលោកអ្នក បន្ទាប់ពីជ្រាបព័ត៌មានសព្វគ្រប់ ចំពោះ៖

- ការផ្តល់លទ្ធផលពិនិត្យពីសេវាធានារ៉ាប់រងសុខភាពជាតិ (NHIS) ដល់មណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ ក៏ដូចជាប្រវត្តិសេវាគ្រប់គ្រងសុខភាពពីមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈដល់ NHIS ដើម្បីអាចឱ្យផ្តល់ជូននូវសេវាគ្រប់គ្រងសុខភាពត្រឹមត្រូវ។  
(\*ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺប្រឈមជាមួយជំងឺលើសឈាម ទឹកនោមផ្អែម កង្វះឈាមក្រហម តំហាយមុខងារចងចាំ ជាដើម នៅក្នុងការពិនិត្យសុខភាពទូទៅរបស់ពួកគេ (រួមមានការពិនិត្យចំណុចបត់នៃការថែទាំសុខភាព) និងការពិនិត្យសុខភាពពេញមួយជីវិត និងសម្រាប់ឱ្យពួកគេយល់ពីការការពាររាយការណ៍គ្រប់គ្រងជ្រាលជ្រៅនិងការគ្រប់គ្រងជាប់លាប់ បន្ទាប់ពីទទួលបានលទ្ធផលពិនិត្យសុខភាពរបស់ទារកឬកូនរបស់ពួកគេ។)
- ការផ្តល់លទ្ធផលពិនិត្យពី NHIS ទៅមជ្ឈមណ្ឌលជាតិជំងឺមហារីក (NCC) និង/ឬមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ ដើម្បីឱ្យការគ្រប់គ្រងតាមក្រោយអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកជំងឺដែលមានលទ្ធផលមិនប្រក្រតី ឬសង្ស័យថាមានបញ្ហាបានធ្វើធាតុវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺមហារីក។
- ការផ្តល់លទ្ធផលពិនិត្យពី NHIS ទៅមជ្ឈមណ្ឌលរកជំងឺឱ្យការគ្រប់គ្រងនិងបង្ការជំងឺ (KCDC) និង/ឬមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ ដើម្បីឱ្យការគ្រប់គ្រងតាមក្រោយអាចត្រូវបានផ្តល់ជូនដល់អ្នកជំងឺដែលត្រូវបានគេសង្ស័យឬកំណត់ថាមានជំងឺរបេងស្កត (TB) ដោយផ្អែកលើលទ្ធផលពិនិត្យសុខភាពទូទៅ។

\* សេវាគ្រប់គ្រងសុខភាព៖ ការប្រឹក្សាយោបល់សុខភាព ការអប់រំ ការផ្តាច់បារី ការតម្រៀមស្រវឹង លំហាត់ប្រាណ អាហារូបត្ថម្ភ ការពិនិត្យជំងឺរាល់ថ្ងៃ ការឧបត្ថម្ភបង់ចំណាយពិនិត្យស៊ីជម្រៅនៅបញ្ហាសុខភាពរបស់អ្នក ។ល។

※ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់ ក្នុងវិសាលភាពនៃកាតព្វកិច្ចរក្សាការសម្ងាត់ អនុលោមតាមច្បាប់ការពារព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន និងច្បាប់ក្របខណ្ឌពិនិត្យសុខភាព ហើយនឹងមិនត្រូវបានផ្តល់ទៅឱ្យស្ថាប័នផ្សេងទៀតសម្រាប់គោលបំណងផ្សេងទៀត ក្រៅពីគោលបំណងប្រើប្រាស់ដើមឡើយ។

※ ប្រសិនបើអ្នកចង់លុបចោលការយល់ព្រមរបស់អ្នក

វាអាចលុបចោលបានតាមរយៈនីតិវិធីផ្ទៀងផ្ទាត់សាមញ្ញ ដោយអ្នកគ្រាន់តែហៅទូរសព្ទទៅកាន់សេវាបម្រើអតិថិជនរបស់ NHIS (1577-1000)

ឬសាខាប្រចាំស្រុករបស់ស្ថាប័ននេះ។

1. ការព្រមព្រៀងផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

- ខ្ញុំត្រូវបានគេជូនដំណឹងគ្រប់គ្រាន់អំពីលក្ខខណ្ឌខាងក្រោម ដែលក្នុងនោះព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់ខ្ញុំនឹងត្រូវបានផ្តល់ទៅមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ និង NHIS ហើយយល់ព្រមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតដែលពាក់ព័ន្ធ ដែលខ្ញុំត្រូវបានគេជូនដំណឹងរួចហើយ។
- ① ស្ថាប័នដែលផ្តល់ព័ត៌មាន៖ មណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ, មជ្ឈមណ្ឌលជាតិជំងឺមហារីក, NCC, KCDC និង NHIS។
- ② គោលបំណងនៃការផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន៖ ដើម្បីផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាពដល់អ្នកទាំងឡាយដែលត្រូវការវិធានការស្វ័យគ្រប់គ្រងនិងបង្ការ និងអ្នកទាំងឡាយដែលមានជំងឺ (និងសង្ស័យថាមានជំងឺ) ដើម្បីផ្តល់សេវាគ្រប់គ្រងតាមក្រោយ ដោយផ្អែកលើលទ្ធផលពិនិត្យជំងឺមហារីក និងដើម្បីផ្តល់ការគ្រប់គ្រងតាមក្រោយទាក់ទងនឹងជំងឺរបេងស្កត។
- ③ ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលចង់ផ្តល់ឲ្យ
  - NHIS → មណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ
    - ព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាឈ្មោះ លេខចុះបញ្ជីនិវាសនជន អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ជាដើម លទ្ធផលពិនិត្យសុខភាព និងទិន្នន័យកម្រងសំណួរ
  - មណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ → NHIS៖ ឈ្មោះ លេខចុះបញ្ជីនិវាសនជន ព័ត៌មានលម្អិតអំពីសេវាគ្រប់គ្រងសុខភាពដែលផ្តល់ជូនដោយមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ
  - NHIS → NCC និង/ឬមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ
    - ព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាឈ្មោះ លេខចុះបញ្ជីនិវាសនជន អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល ជាដើម លទ្ធផលពិនិត្យជំងឺមហារីក និងទិន្នន័យកម្រងសំណួរ
  - NHIS → KCDC និង/ឬមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ
    - ព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណផ្ទាល់ខ្លួន ដូចជាឈ្មោះ លេខចុះបញ្ជីនិវាសនជន អាសយដ្ឋាន លេខទូរសព្ទ អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល និងលទ្ធផលឆ្លុះកាំរស្មីចម្រង និងទិន្នន័យកម្រងសំណួរទាក់ទងនឹងជំងឺរបេងស្កត
- ④ រយៈពេលរក្សា និងប្រើប្រាស់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន៖ 2 ឆ្នាំ
- ⑤ អ្នកមានសិទ្ធិបដិសេធមិនយល់ព្រមផ្តល់ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនទៅឱ្យភាគីទីបី ហើយក្នុងករណីនេះ អ្នកអាចត្រូវបានដកចេញពីឋានៈជាអ្នកចូលរួម ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូននូវសេវាគ្រប់គ្រងសុខភាពរបស់ មណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ។

ខ្ញុំយល់ព្រមតាមប្រការ និងលក្ខខណ្ឌ ☐ មិនយល់ព្រម ☐

2. ព័ត៌មានរាល់

◦ ខ្ញុំត្រូវបានគ្រឹះស្ថានពិនិត្យសុខភាពជូនដំណឹងអំពីដំណើរការពិនិត្យព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ហើយជាមួយនេះ ពួកគេបានពន្យល់គ្រប់គ្រាន់ថា ព័ត៌មានពិនិត្យសុខ ភាពរបស់ខ្ញុំ និងប្រវត្តិសេវាគ្រប់គ្រងសុខភាពរបស់មណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ គឺជាព័ត៌មានរើសប។ ដូច្នេះ ខ្ញុំយល់ដឹង និងយល់ព្រមទាំងស្រុងចំពោះប្រការ និងលក្ខខណ្ឌ។

ខ្ញុំយល់ព្រមតាមប្រការ និងលក្ខខណ្ឌ ☐មិនយល់ព្រម ☐

**3. ការយល់ព្រមឲ្យដំណើរការព័ត៌មានអត្តសញ្ញាណ**

◦ ខ្ញុំត្រូវបានគ្រឹះស្ថានពិនិត្យសុខភាពជូនដំណឹងអំពីដំណើរការពិនិត្យព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន ហើយជាមួយនេះ ពួកគេបានពន្យល់គ្រប់គ្រាន់ថា លេខចុះបញ្ជីស្នាក់នៅគឺជាលេខអត្តសញ្ញាណមួយ។ ដូច្នេះ ខ្ញុំយល់ដឹង និងយល់ព្រមទាំងស្រុងចំពោះប្រការ និងលក្ខខណ្ឌ។

ខ្ញុំយល់ព្រមតាមប្រការ និងលក្ខខណ្ឌ ☐មិនយល់ព្រម ☐

ខ្ញុំយល់ស្របនឹងខ្លឹមសារទាំងមូល ☐

ឆ្នាំ ខែ ថ្ងៃ				
អ្នកយល់ព្រម	ឈ្មោះអ្នកចូលរួម	(ហត្ថលេខា)	លេខចុះបញ្ជីស្នាក់នៅ	-
	(ក្នុងករណីជាកុមារ) ឈ្មោះអ្នកតំណាងស្របច្បាប់	(ហត្ថលេខា)	ទំនាក់ទំនងនឹងអ្នកចូលរួម	
ឈ្មោះគ្រឹះស្ថានពិនិត្យសុខភាព (លេខ)				