

កម្មវិធីពិនិត្យសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់ទារក/ក្មេងតូចៗ
(កម្មវិធីពិនិត្យនេះសម្រាប់អាយុ ១៨-២៩ ខែ)

ឈ្មោះអ្នកទទួលការពិនិត្យសុខភាព		លេខចុះបញ្ជីស្នាក់នៅ		ព័ត៌មានទាក់ទងរបស់អាណាព្យាបាល	
ឈ្មោះអាណាព្យាបាល		ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកទទួលការពិនិត្យសុខភាព		អាសយដ្ឋានអ៊ីមែល	

ការពិនិត្យសុខភាពមាត់ធ្មេញទារក/ក្មេងតូចៗ មានជូននៅរយៈពេល ២ ឆ្នាំ (១៨ - ១៩ ខែ) ឆ្នាំ (៤២ - ៥៣ ខែ) និង ៥ ឆ្នាំ (៥៤ - ៦៥ ខែ)។ ការពិនិត្យនីមួយៗ រួមមានតេស្តមួយចំនួន ដែលសិក្ខុសមនឹងដំណាក់កាលនៃការវិវត្តន៍។

ការតេស្តពិនិត្យនេះមានបំណងប្រមូលព័ត៌មានអំពីកូនរបស់លោកអ្នក មុនពេលធ្វើការពិនិត្យ ហើយមានសារៈសំខាន់ណាស់សម្រាប់ការវាយតម្លៃសុខភាពមាត់ធ្មេញ របស់កូន លោកអ្នក។ រាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ គឺជាការសម្ងាត់ ដូច្នេះហើយ សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ដោយស្មោះត្រង់ និងតាមចំណេះដឹងរបស់លោកអ្នក។ មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ គួរឆ្លើយនូវសំណួរក្នុងកម្រងសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនប្រាកដទេ សូមធ្វើការអង្កេតកូនលោកអ្នកដោយយកចិត្តទុកដាក់ មុនពេលនឹងឆ្លើយសំណួរ។



សំណួរទាំងនេះគឺអំពីប្រវត្តិសុខភាពមាត់ធ្មេញ និងការយល់ដឹងអំពីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់កូនលោកអ្នក

1. តើលោកអ្នកធ្លាប់បាននាំកូនទៅគ្លីនិកពេទ្យធ្មេញចាប់តាំងពីពេលកើតដៃឬទេ?
- ① បាទ/ចាស ② ទេ
2. តើកូនលោកអ្នកបានប្រាប់លោកអ្នកអំពីធ្មេញរបស់គាត់ដៃឬទេ?
- ① បាទ/ចាស ② ទេ
3. តើលោកអ្នកគិតថា កូនលោកអ្នកបច្ចុប្បន្នមានដង្កូវស៊ីធ្មេញដៃឬទេ?
- ① បាទ/ចាស ② ទេ ③ ខ្ញុំមិនដឹង



សំណួរទាំងនេះគឺអំពីទម្លាប់សុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់កូនលោកអ្នក (ការបរិភោគស្ករ អនាម័យមាត់ធ្មេញ និងការប្រើ fluoride)។

4. តើកូនលោកអ្នកយប់ប្រើប្រាស់ដបទឹកដោះគោឬទេ?
- ① បាទ/ចាស ② ទេ
5. តើកូនលោកអ្នកញ៉ាំចំណីផ្អែម ឬស្លឹក ដូចជា ខ្វក់ ក្រូច និងសំខែក ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ក្នុងមួយថ្ងៃ?
- ① មិនដែល ② ម្តង ③ ២-៣ ដង ④ លើសពី ៤ ដង ⑤ ខ្ញុំមិនដឹងទេ
6. តើកូនលោកអ្នកផឹកស្ករ ឬទឹកក្រូច រាល់ទាំងភេសជ្ជៈបំប៉នកម្លាំង ភេសជ្ជៈអ៊ីយ៉ុង និងទឹកផ្លែឈើ (ចំនួនប៉ុន្មានដង)?
- ① មិនដែល ② ម្តង ③ ២-៣ ដង ④ លើសពី ៤ ដង ⑤ ខ្ញុំមិនដឹងទេ

7. តើលោកអ្នកបានចេះដុសធ្មេញកូនលោកអ្នកពីគ្លីនិកពេទ្យធ្មេញ ឬមណ្ឌលសុខភាពឬ?
- ① បាទ/ចាស ② ទេ
8. តើលោកអ្នកដុសធ្មេញកូនលោកអ្នកទៀងទាត់ដៃឬទេ?
- ① បាទ/ចាស ② ទេ
9. តើកូនលោកអ្នកដុសធ្មេញ ឬតើលោកអ្នកដុសធ្មេញកូនលោកអ្នក ប៉ុន្មានដងក្នុងមួយថ្ងៃ?
- ① តិចជាងម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ② យ៉ាងហោចណាស់ម្តងក្នុងមួយសប្តាហ៍ ប៉ុន្តែមិនរៀងរាល់ថ្ងៃទេ ③ ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ ④ ពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ ⑤ លើសពី ៣ ដងក្នុងមួយថ្ងៃ
10. តើកូនលោកអ្នកបានចាប់ផ្តើមប្រើប្រាស់ថ្នាំដុសធ្មេញហើយឬនៅ?
- ① បាទ/ចាស ② ទេ
11. តើថ្នាំដុសធ្មេញកូនលោកអ្នកមាន fluoride ដៃឬទេ?
- ① បាទ/ចាស ② ទេ ③ ខ្ញុំមិនដឹង ④ គាត់មិនប្រើថ្នាំដុសធ្មេញទេ
12. តើប្រើប្រាស់ថ្នាំដុសធ្មេញប៉ុន្មានរៀងរាល់ពេលដុសធ្មេញម្តងៗ?
- ① តិចតួច ② ទំហំប៉ុនសណ្តែកមួយគ្រាប់ ③ ពាក់កណ្តាលនៃប្រវែងក្បាលច្រាសដុសធ្មេញ ④ ប៉ុនប្រវែងក្បាលច្រាសដុសធ្មេញ ⑤ គាត់មិនប្រើថ្នាំដុសធ្មេញទេ



សូមសរសេរសំណួរដែលចង់សួរ ឬរៀបរាប់ថា តើ កូនលោកអ្នកមានស្ថានភាពពិសេសដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ពីវេជ្ជបណ្ឌិតឬយ៉ាងណា។