

កម្មវិធីពិនិត្យសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់ទារក/ក្មេងតូចៗ
(កម្មវិធីពិនិត្យនេះសម្រាប់អាយុ ២២-៥៣ ខែ)

ឈ្មោះអ្នកទទួលការពិនិត្យសុខភាព		លេខចុះបញ្ជីស្នាក់នៅ		ព័ត៌មាន ទាក់ទងរបស់អាណាព្យាបាល	
ឈ្មោះអាណាព្យាបាល		ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកទទួលការពិនិត្យសុខភាព		អាស័យដ្ឋានអ៊ីម៉ែល	

កាពិនិត្យសុខភាពមាត់ធ្មេញទាប/កូនក្មេងតូចៗ មានជួននោយ ២ ឆ្នាំ (១៨-១៩ ខែ) ៤ ឆ្នាំ (៤២ - ៥៣ ខែ) និង ៥ ឆ្នាំ (៥៤ - ៦៥ ខែ)។ កាពិនិត្យនិមួយៗ រួមមានតេស្តមួយចំនួន ដែលស័ក្តិសមនឹងដំណាក់កាលនៃការវិវត្តន៍។

ការតែងតាំងនេះមានបំណងប្រមូលព័ត៌មានអំពីកូនលោកអ្នក មុនពេលធ្វើការពិនិត្យ ហើយមានសារៈសំខាន់ណាស់សម្រាប់ការវាយតម្លៃសុខភាពទាក់ទង របស់កូនលោកអ្នក។ រាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបានផ្តល់ គឺជាការសម្ងាត់ ដូច្នេះហើយ សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ដោយស្មោះត្រង់ និងតាមចំណេះដឹងរបស់លោកអ្នក។ មាតាបិតា ឬអ្នកអាពាហ៍ពិពាហ៍ស្របច្បាប់ គួរឆ្លើយតបសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនប្រាកដទេ សូមធ្វើការអង្កេតកូនលោកអ្នកដោយយកចិត្តទុកដាក់ មុនពេលនឹងឆ្លើយសំណួរ។



សំណួរទាំងនេះគឺអំពីប្រវត្តិសុខភាពមាត់ធ្មេញ និងការយល់ដឹង
អំពីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់កូនលោកអ្នក

1. តើលោកអ្នកធ្លាប់បាននាំកូនទៅគ្លីនិកពេទ្យឆ្មេញចាប់តាំងពីពេលកើតដែរឬទេ?
 ① បាទ/ចាស ② ទេ

2. តើកូនលោកអ្នកបានប្រាប់លោកអ្នកអំពីឆ្មេញរបស់គាត់ដែរឬទេ?
 ① បាទ/ចាស ② ទេ

3. តើលោកអ្នកគិតថា កូនលោកអ្នកបច្ចុប្បន្នមានដង្កូវស៊ីឆ្មេញដែរឬទេ?
 ① បាទ/ចាស ② ទេ ③ ខ្ញុំមិនដឹង



សំណួរទាំងនេះគឺអំពីទម្លាប់សុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់កូនលោកអ្នក) ការបរិភោគស្ករ អនាម័យមាត់ ធ្មេញ និងការប្រើ)។

4. តើកូនលោកអ្នកញ្ជាំចំណីផ្អែម ឬស្អិត ដូចជា ខ្វក់ គី ឆ្ការគ្រាប់ និងសំខេត ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ក្នុងមួយថ្ងៃ?
- ① មិនដែល ② ម្តង ③ ២-៣ ដង
④ លើសពី ៤ ដង ⑤ ខ្ញុំមិនដឹងទេ
5. តើកូនលោកអ្នកជីកស្នាដៃ ឬទឹកក្រូច រាប់ទាំងភេសជ្ជៈប្លុកម្លាំង ភេសជ្ជៈអីយ៉ុង និងទឹកផ្លែឈើ (ចំនួនប៉ុន្មានដង)?
- ① មិនដែល ② ម្តង ③ ២-៣ ដង
④ លើសពី ៤ ដង ⑤ ខ្ញុំមិនដឹងទេ

6. តើកូនលោកអ្នកចេះដុសធ្មេញពីគ្នីនឹកពេទ្យធ្មេញ ឬមណ្ឌលសុខភាពឬ?
 ① បាទ/ចាសី ② ទេ
7. តើលោកអ្នកដុសធ្មេញកូនលោកអ្នកទៀងទាត់ដែរឬទេ?
 ① បាទ/ចាសី ② ទេ
8. សូមជ្រើសរើសពេលវេលា ដែលកូនលោកអ្នកដុសធ្មេញរបស់ខ្លួន
 ① មុនអាហារពេលព្រឹក ② បន្ទាប់ពីអាហារពេលព្រឹក
 ③ មុនអាហារថ្ងៃត្រង់ ④ ក្រោយអាហារថ្ងៃត្រង់
 ⑤ មុនចូលគេង ⑥ បន្ទាប់ពីញ៉ាំចំណី

9. តើថ្នាំដុលឆ្មេញកូនលោកអ្នកមាន fluoride ដែរឬទេ?
 ① បាទ/ចាស៍ ② ទេ
 ③ ខ្ញុំមិនដឹងទេ ④ គាត់មិនប្រើថ្នាំដុលឆ្មេញទេ

10. តើប្រើប្រាស់ថ្នាំដុសធ្មេញប៉ុន្មានរៀងរាល់ពេលដុសធ្មេញម្តង?
- ① តិចតួច
 - ② ទំហំប៉ុនស្តែងកម្មយក្រាប
 - ③ ពាក់កណ្តាលនៃប្រវែងក្បាលច្រាស ដុសធ្មេញ
 - ④ ប៉ុនប្រវែងក្បាលច្រាសដុសធ្មេញ
 - ⑤ គាត់មិនប្រើថ្នាំដុសធ្មេញទេ

11. តើគេធ្លាប់ណែនាំលោកអ្នកឲ្យប្រើ fluoride ដើម្បីការពារដង្កូវស៊ីធ្មេញរបស់កូនលោកអ្នកដែរឬទេ?
- ① បាទ/ចាស៍ ② ទេ



សូមសរសេរសំណួរដែលចង់សួរ ឬរៀបរាប់ថា តើ កូនលោកអ្នកមានស្ថានភាពពិសេសដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ពីរដ្ឋបាលឬយ៉ាងណា។
