

កម្មវិធីពិនិត្យសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់ទារក/ក្មេងតូចៗ
(កម្មវិធីពិនិត្យនេះសម្រាប់អាយុ ២២-៥៣ ខែ)

ឈ្មោះអ្នកទទួលការពិនិត្យសុខភាព		លេខចុះបញ្ជីស្នាក់នៅ		ព័ត៌មានទាក់ទងរបស់អាណាព្យាបាល	
ឈ្មោះអាណាព្យាបាល		ទំនាក់ទំនងជាមួយនឹងអ្នកទទួលការពិនិត្យសុខភាព		អាស័យដ្ឋានអ៊ីម៉ែល	

ការពិនិត្យសុខភាពមាត់ធ្មេញទារក/កូនក្មេងតូចៗ មានជូននៅរយៈ ប ឆ្នាំ (១៨ -១៩ ខែ) ៤ ឆ្នាំ (៤២ - ៥៣ ខែ) និង ៥ ឆ្នាំ (៥៤ - ៦៥ ខែ)។ ការពិនិត្យដំបូងៗរួមមានតេស្តមួយចំនួន ដែលសិក្ខសមនិងដំណាក់កាលនៃការវិវត្តន៍។

ការតេស្តពិនិត្យនេះមានបំពុលប្រមូលព័ត៌មានអំពីកូនលោកអ្នក មុនពេលធ្វើការពិនិត្យ ហើយមានសារៈសំខាន់ណាស់សម្រាប់ការវាយតម្លៃសុខភាពមាត់ធ្មេញ របស់កូនលោកអ្នក។ រាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ដែលបាន ផ្តល់ គឺជាការសម្ងាត់ ដូច្នេះហើយ សូមឆ្លើយសំណួរទាំងអស់ដោយស្មោះត្រង់ និងតាមចំណេះដឹងរបស់លោកអ្នក។ មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ គួរឆ្លើយឡូវសំណួរក្នុងកម្រងសំណួរនេះ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនប្រាកដទេ សូមធ្វើការអង្កេតកូនលោកអ្នកដោយរកចិត្តក្នុងដាក់ មុនពេលនឹងឆ្លើយសំណួរ។



សំណួរទាំងនេះគឺអំពីប្រវត្តិសុខភាពមាត់ធ្មេញ និង
ការយល់ដឹងអំពីសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់កូនលោកអ្នក

1. តើលោកអ្នកធ្លាប់បាននាំកូនទៅជីវិតពេទ្យឆ្នេរចាប់តាំងពីពេលកើតដែរឬទេ?
 ① បាទ/ចាស ② ទេ
2. តើកូនលោកអ្នកបានប្រាប់លោកអ្នកអំពីឆ្នេរបស់គាត់ដែរឬទេ?
 ① បាទ/ចាស ② ទេ
3. តើលោកអ្នកគិតថា កូនលោកអ្នកបច្ចុប្បន្នមានដង្ហែរស៊ីឆ្នេរដែរឬទេ?
 ① បាទ/ចាស ② ទេ ③ ខ្ញុំមិនដឹង



សំណួរទាំងនេះគឺអំពីទម្លាប់សុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់កូនលោកអ្នក) ការបរិភោគស្ករ អនាម័យមាត់ ធ្មេញ និងការប្រើ)។

4. តើកូនលោកអ្នកញ្ជាំចំណីផ្អែម ឬស្អិត ដូចជា ទឹកគី ស្ករគ្រាប់ និងនំខេក ញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា ក្នុងមួយថ្ងៃ?
- ① មិនដែល ② ម្តង ③ ២-៣ ដង
④ លើសពី ៤ ដង ⑤ ខ្ញុំមិនដឹងទេ
5. តើកូនលោកអ្នកជីកសូដា ឬទឹកក្រូច រាប់ទាំងភេសជ្ជៈប្លុកម្លាំង ភេសជ្ជៈអីយ៉ុង និងទឹកស្រែឈើ (ចំនួនប៉ុន្មានដង?
- ① មិនដែល ② ម្តង ③ ២-៣ ដង
④ លើសពី ៤ ដង ⑤ ខ្ញុំមិនដឹងទេ

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

9. តើថ្នាំដុសធ្មេញកូនលោកអ្នកមាន fluoride ដែរឬទេ?
- ① បាទ/ចាស់ ② ទេ
③ ខ្ញុំមិនដឹងទេ ④ គាត់មិនប្រើថ្នាំដុសធ្មេញទេ
10. តើប្រើប្រាស់ថ្នាំដុសធ្មេញប៉ុន្មានរៀងរាល់ពេលដុសធ្មេញម្តងៗ?
- ① តិចតួច ② ទំហំប៉ុនសណែកមួយគ្រាប់
③ ពាក់កណ្តាលនៃប្រវែងក្បាលច្រាស់ ដុសធ្មេញ
④ ប៉ុនប្រវែងក្បាលច្រាស់ដុសធ្មេញ
⑤ គាត់មិនប្រើថ្នាំដុសធ្មេញទេ
11. តើគេធ្លាប់ណែនាំលោកអ្នកឲ្យប្រើ fluoride ដើម្បីការពារដង្កូវស៊ីធ្មេញរបស់កូនលោកអ្នកដែរឬទេ?
- ① បាទ/ចាស់ ② ទេ



សូមសរសេរសំណួរដែលចង់សួរ ឬរៀបរាប់ថា តើ កូនលោកអ្នកមានស្ថានភាពពិសេសដែលត្រូវការការយកចិត្តទុកដាក់ពីវេជ្ជបណ្ឌិតឬយ៉ាងណា។