

# សេវាថែទាំធ្មេញនៅឯសាលារៀន!

បញ្ជូនមកវិញឱ្យបានមុន៖ \_\_\_\_\_ សាលារៀន៖ \_\_\_\_\_  
 ឈ្មោះកុមារ៖ \_\_\_\_\_  
 ឈ្មោះគ្រូបង្រៀន៖ \_\_\_\_\_ បន្ទប់លេខ៖ \_\_\_\_\_ កំរិតថ្នាក់៖ \_\_\_\_\_



**OAKLAND UNIFIED SCHOOL DISTRICT**  
Community Schools, Thriving Students



**NATIVE AMERICAN HEALTH CENTER**  
Serving the community since 1972



**LifeLong Medical Care**  
Health Services for All Ages



## អំពីកម្មវិធីធ្មេញ

កម្មវិធីធ្មេញនេះ ត្រូវបានឧបត្ថម្ភគាំទ្រដោយសង្កាត់ OUSD និងការិយាល័យសុខភាពធ្មេញប្រចាំខោណាធីអាឡាមីដា។

- សិស្សសាលាទាំងអស់មានសិទ្ធិទទួលបានសេវាកម្មធ្មេញដោយឥតគិតថ្លៃ ដោយមិនគិតថាពួកគេមាន ឬពុំមានការធានារ៉ាប់រង ឬមានស្របច្បាប់នោះទេ។ យើងខ្ញុំអាចយកមេឌីខាល (Medi-Cal) ឬផ្តល់សេវាកម្មដូចគ្នា ដោយឥតគិតថ្លៃដល់សិស្សសាលាណាដែលពុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ការបំរើសេវាកម្មធ្មេញទាំងអស់ គឺធ្វើឡើងដោយពេទ្យធ្មេញមានអាជ្ញាប័ណ្ណនៅឯសាលារៀន។ កូនលោកអ្នកនឹងមិនខាតថ្លៃសិក្សាទេ។
- លោកអ្នកអាចជ្រើសរើសការបំរើសេវាកម្មធ្មេញដែលលោកអ្នកចង់បានឱ្យកូនលោកអ្នកទទួលបាន៖ ការពិនិត្យធ្មេញ, សេវាបង្ការជម្ងឺធ្មេញ និងការព្យាបាលធ្មេញខ្លះ គឺមានបំរើជូននៅឯសាលារៀន។ ក្នុងករណីខ្លះ សិស្សសាលាអាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់មន្ទីរព្យាបាលធ្មេញ។

## របៀបទទួលបាននូវការថែទាំធ្មេញសំរាប់កូនលោកអ្នក

ដើម្បីផ្តល់ការអនុញ្ញាត សូមបំពេញបែបបទយល់ព្រមនេះ រួចបញ្ជូនវាទៅឱ្យសាលាវិញឱ្យបានរាប់រហ័ស។ ព័ត៌មានអំពីការអនុវត្តន៍រឿងឯកជន, ច្បាប់ប្រតិបត្តិ និងនីតិវិធី គឺមានដាក់ជូននៅក្នុងការិយាល័យសាលារៀន និង/ឬ មន្ទីរព្យាបាល។

កូនខ្ញុំនឹងមិនចូលរួមក្នុងកម្មវិធីធ្មេញនេះទេ។

### 1. ជាតិបូង សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីលោកអ្នក (មាតាបិតា/អ្នកអាណាព្យាបាល)

នាមខ្លួនលោកអ្នក៖ \_\_\_\_\_ នាមត្រកូល៖ \_\_\_\_\_

លោកអ្នកជា  ម្តាយ  ឪពុក  ផ្សេងៗ : \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទលោកអ្នក៖ ( ) \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទដៃ : ( ) \_\_\_\_\_

ថ្ងៃខែកំណើតរបស់លោកអ្នក៖ ខែ៖ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃទី៖ \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋានលោកអ្នក \_\_\_\_\_ លេខផ្ទះល្វែង \_\_\_\_\_

ទីក្រុង : \_\_\_\_\_ លេខតំបន់ : \_\_\_\_\_

ភាសានិយាយនៅក្នុងផ្ទះ : \_\_\_\_\_

### 2. ឥឡូវនេះ សូមប្រាប់យើងខ្ញុំអំពីកូនលោកអ្នកដែលនឹងមកទទួលបានការថែទាំធ្មេញ

(លោកអ្នក ត្រូវតែបំពេញក្រដាសបំពេញមួយច្បាប់ សំរាប់កូនម្នាក់ៗដែលទទួលបានការថែទាំធ្មេញ)

នាមខ្លួនកុមារ៖ \_\_\_\_\_ នាមត្រកូល៖ \_\_\_\_\_

ធានារបស់កុមារ៖ \_\_\_\_\_

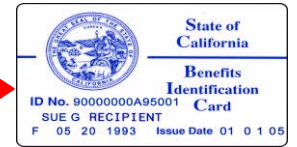
ថ្ងៃខែកំណើតរបស់កុមារ : ខែ៖ \_\_\_\_\_ ថ្ងៃទី៖ \_\_\_\_\_ ឆ្នាំ៖ \_\_\_\_\_

- កុមារនេះជាជនជាតិ :  អេស្ប៉ាញ/ឡាទីន  អាហ្វ្រិកអាមេរិកាំង  ស្បែកស
- អាមេរិកាំងស្បែកក្រហម  អ្នកកោះមហាសមុទ្រប៉ាស៊ីហ្វិក  អាស៊ី
- កូនកាត់ច្រើនសាសន៍  ផ្សេងៗ : \_\_\_\_\_  (សុំមិនឆ្លើយ)

### 3. ព័ត៌មានអំពីការធានារ៉ាប់រងសុខភាព

តើកុមាររូបនេះមានការធានារ៉ាប់រងប្រភេទអ្វី?

- ពុំមានការធានារ៉ាប់រងនៅពេលនេះទេ?
- មេឌីខាល (Medi-Cal) → សូមផ្តល់លេខអាសយដ្ឋាន (ID) មេឌីខាលនៅលើប័ណ្ណ៖ \_\_\_\_\_
- ការធានារ៉ាប់រង HealthPAC  ការធានារ៉ាប់រងផ្សេងៗទៀតពីរដ្ឋ  ការធានារ៉ាប់រងឯកជន



### 4. តើកុមារនេះមានពេទ្យធ្មេញដែរទេ?

- មាន → ឈ្មោះពេទ្យធ្មេញ ឬមន្ទីរព្យាបាល \_\_\_\_\_
- ពុំមានទេ
- ពេលចុងក្រោយបង្អស់ដែលកុមាររូបនេះបានទៅពេទ្យធ្មេញ?
- តិចជាងរយៈពេល 6 ខែកន្លងទៅហើយ  រយៈពេលពី 6 ខែទៅ 1 ឆ្នាំកន្លងទៅហើយ
- លើសរយៈពេល 1 ឆ្នាំកន្លងទៅហើយ  ពុំដែលបានទៅពេទ្យធ្មេញទេ

### 5. តើកុមារ ក្នុងពេលថ្មីៗនេះ មានលេបថ្នាំពេទ្យអ្វីដែរឬទេ?

- នេះរួមទាំងថ្នាំពេទ្យ ដែលរង់ចាំព្យាបាលបុគ្គលិកចេញសំបុត្រឱ្យជាន់ និងថ្នាំពេទ្យផ្សេងៗទៀត ដែលលោកអ្នកជាន់ ដោយពុំមានត្រូវការសំបុត្រពេទ្យ។
- អត់មានលេបថ្នាំពេទ្យអ្វីទេ
- លេប → សូមសរសេរឈ្មោះថ្នាំពេទ្យនីមួយៗ ហើយថា លេបដើម្បីអ្វី៖
- \_\_\_\_\_
- \_\_\_\_\_

សូមកុំភ្លេចបំពេញក្រដាសម្ខាងទៀត

**6. តើកុមាររបស់នេះដែលធ្លាប់មានជម្ងឺណាមួយដូចតទៅនេះដែរឬទេ?**

បើមាន សូមគូសបញ្ជាក់ក្នុងប្រអប់ឈ្មោះដើម្បី។

ពុំមានបញ្ហាសុខភាពទេ

- |  |  |  |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ហឺត             | <input type="checkbox"/> ទន់ខ្សោយស្មារតី (ADHD)      | <input type="checkbox"/> គ្រុនរលាកសន្លាក់ឆ្អឹង           |
| <input type="checkbox"/> ទឹកនោមផ្អែម     | <input type="checkbox"/> ឆ្អាតជ្រូក ឬប្រកាច់ប្រកិន   | <input type="checkbox"/> បញ្ហាគ្រុនរលាក                  |
| <input type="checkbox"/> បញ្ហាសួត        | <input type="checkbox"/> បញ្ហាផ្លូវចិត្ត             | <input type="checkbox"/> កោសិកាលាមក្រហមដែលធ្វើឱ្យខ្វះឈាម |
| <input type="checkbox"/> របេង            | <input type="checkbox"/> បញ្ហារលាកធ្មេញ ឬបញ្ហាផ្សេងៗ | <input type="checkbox"/> ឈាមក្រកក                        |
| <input type="checkbox"/> បញ្ហាបេះដូង     | <input type="checkbox"/> នៃធ្មេញ                     |  |
| <input type="checkbox"/> ជម្ងឺផ្សេងទៀត : | _____  |  |

**7. តើកុមារនេះមានជម្ងឺទាស់អ្វីមួយដែរឬទេ?**

ពុំមានជម្ងឺទាស់អ្វីទេ

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> ទាស់ថ្នាំប្រើស៊ីស្តូលីន        | <input type="checkbox"/> ទាស់ចំណីសណ្តែកដី | <input type="checkbox"/> ទាស់ជាតិជ័រកៅស៊ូ |
| <input type="checkbox"/> ទាស់ថ្នាំពេទ្យផ្សេងៗទៀត៖ _____ |   |   |
| ប្រតិកម្ម៖ _____  |   |   |

**8. សេវាកម្មនានានឹងត្រូវបានបំរើជូន៖ សេវាកម្មបង្ការជម្ងឺធ្មេញ**

យើងខ្ញុំត្រូវតែធ្វើការពិនិត្យធ្មេញតាមតម្រូវការ ដើម្បីឱ្យដឹងថា តើកូនលោកអ្នកត្រូវការការថែទាំអ្វីខ្លះសំរាប់ធ្មេញ។ ការថតធ្មេញដោយការស្ថិតិ គឺជាផ្នែកមួយនៃការពិនិត្យដ៏ចាំបាច់ ហើយអាចជួយការប្រហោងធ្មេញដែលជំងឺដូរស៊ី។

តើលោកអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំ ផ្តល់ជូនកូនលោកអ្នក នូវសេវាកម្ម ដូចតទៅនេះដែរឬទេ?

- |  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> ការពិនិត្យធ្មេញ                     | <input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត | <input type="checkbox"/> មិនអនុញ្ញាតទេ |
| <input type="checkbox"/> ការថតមាត់របស់កូនលោកអ្នកដោយការស្ថិតិ | <input type="checkbox"/> អនុញ្ញាត | <input type="checkbox"/> មិនអនុញ្ញាតទេ |

តើលោកអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យយើងខ្ញុំ ផ្តល់ជូនកូនលោកអ្នក នូវការថែទាំបង្ការជម្ងឺធ្មេញ ដូចតទៅនេះដែរឬទេ?

- ការសម្អាតធ្មេញ
- ការព្យាបាលដោយថ្នាំហ្គ្លុយអ៊ីដ្រូស៊ីត (Fluoride) ដើម្បីការពារកុំឱ្យជំងឺដូរស៊ីធ្មេញ
- ការដាក់អង្គធាតុស្រោបធ្មេញការពារកុំឱ្យជំងឺដូរស៊ីធ្មេញ
- របៀបដុះធ្មេញ និងថែរក្សាធ្មេញរបស់ពួកគេឱ្យមានភាពមាំមួន

- បាទ/ចាស ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យកូនខ្ញុំ ទទួលបានការថែទាំបង្ការជម្ងឺធ្មេញណាមួយក៏បាន ដែលពួកគេអាចត្រូវការ។
- ទេ ខ្ញុំមិនអនុញ្ញាតឱ្យកូនខ្ញុំ ទទួលបានការថែទាំបង្ការជម្ងឺធ្មេញទេ។

**9. សេវាកម្មនានានឹងត្រូវបានបំរើជូន៖ សេវាព្យាបាល**

បើសិនជាការពិនិត្យនេះបង្ហាញឱ្យឃើញថា កូនលោកអ្នកត្រូវការការព្យាបាលធ្មេញនោះ យើងខ្ញុំនឹងជំរាបលោកអ្នកឱ្យបានជ្រាប។ បើត្រូវការចាំបាច់ តើលោកអ្នកអនុញ្ញាតឱ្យពេទ្យព្យាបាលដូចតទៅនេះ ដើម្បីការពារកុំឱ្យជំងឺដូរស៊ីធ្មេញ ឬការពារកុំឱ្យមានបញ្ហាធ្មេញផ្សេងៗទៀតដែរឬទេ?

- ប៉ះធ្មេញតាមការប្រើសំណប់ចម្រុះ (សំណប់ចម្រុះឱ្យត្រូវពណ៌ធ្មេញ) .....  អនុញ្ញាត  មិនអនុញ្ញាតទេ
- ប៉ះធ្មេញតាមការប្រើសំណប់ធាតុចម្រុះ (សំណប់ពណ៌លោហៈធាតុប្រាក់) ...  អនុញ្ញាត  មិនអនុញ្ញាតទេ
- ដាក់ធ្មេញទឹកដោះ.....  អនុញ្ញាត  មិនអនុញ្ញាតទេ

**10. នៅពេលកូនលោកអ្នកចូលឱ្យពេទ្យពិនិត្យថែទាំធ្មេញនៅឯសាលារៀន តើលោកអ្នកចង់អញ្ជើញមកទីប្តឹងឬទេ?**

- អត់ទេ ខ្ញុំគ្មានគំរោងទៅទីប្តឹងទេ។ កូនរបស់ខ្ញុំអាចចូលឱ្យពេទ្យពិនិត្យថែទាំធ្មេញបាន បើទោះបីជាមាន ឬគ្មានរូបខ្ញុំនៅទីប្តឹងក៏ដោយ។
- បាទ/ចាស ខ្ញុំចង់ទៅមើលកូនខ្ញុំនៅទីប្តឹងដែរ បើសិនជាខ្ញុំអាចទៅបាន។ ប៉ុន្តែបើសិនជាខ្ញុំពុំអាចទៅបាន សូមពេទ្យធ្មេញធ្វើការពិនិត្យថែទាំធ្មេញរបស់កូនខ្ញុំចុះ។
- បាទ/ចាស ហើយបើសិនជាកូនរបស់ខ្ញុំនៅទីប្តឹងទេ ពេទ្យធ្មេញមិនអាចពិនិត្យថែទាំធ្មេញរបស់កូនខ្ញុំបានឡើយ។

**11. សូមអាន រួចចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម។ តាមការចុះហត្ថលេខាខាងក្រោមនេះ គឺមានន័យថា លោកអ្នកផ្តល់ការអនុញ្ញាតដូចតទៅនេះ៖**

- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ (មន្ទីរ Asian Health Services, គ្លីនិក La Clinica,, ឬមន្ទីរ Lifelong Medical Care ឬមណ្ឌល Native American Health Center) ធ្វើការពិនិត្យធ្មេញ និងផ្តល់សេវាធ្មេញនានា ដែលខ្ញុំបានគូសថា «បាទ/ចាស» ឬ «អនុញ្ញាត»។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យគ្លីនិក ធ្វើការពិនិត្យធ្មេញ ជាលើកទីពីរ ក្នុងរយៈពេលពី 6 ខែ ទៅ 1 ឆ្នាំ ក្រោយពីការព្យាបាលបើសិនជាចាំបាច់ ដើម្បីធ្វើការពិនិត្យមើលលើការទប់ទល់នៃអង្គធាតុស្រោបធ្មេញ និងការធ្វើឱ្យមានភាពប្រសើរឡើង នៃសុខភាពមាត់ធ្មេញរបស់កូនខ្ញុំ។
- ខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យគ្លីនិកនានា ចែកចាយព័ត៌មាន តាមការចាំបាច់ ដើម្បីគិតថ្លៃពីកម្មវិធីមេឌីខាល (Medi-Cal)។ ខ្ញុំក៏អនុញ្ញាតឱ្យគ្លីនិកនានាផងដែរ ក្នុងការចែកចាយព័ត៌មានជាមួយសាលារៀន ឬជាមួយសង្កាត់សាលារៀនរបស់កូនខ្ញុំ និងជាមួយការិយាល័យសុខាភិបាលធ្មេញប្រចាំអាឡាមីដា។
- ខ្ញុំយល់ថា សេវាកម្មនានា នឹងត្រូវបានបំរើជូនដោយឥតគិតថ្លៃ ដល់កុមារទាំងនោះណា ដែលពុំមានការធានារ៉ាប់រងសុខភាព។
- ខ្ញុំយល់ហើយថា គ្លីនិកនឹងប្រតិបត្តិតាមគោលនយោបាយរបស់ពួកគេ ដើម្បីការពារព័ត៌មានឯកជនរបស់អ្នកជម្ងឺ ហើយថានឹងផ្តល់ឱ្យខ្ញុំទុកមួយច្បាប់ នូវគោលនយោបាយថតចម្លងទាំងនេះ។
- ខ្ញុំយល់ថា ព័ត៌មានដែលបានដាក់នៅលើបែបបទនេះ នឹងត្រូវបានបញ្ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងលើការអនុវត្តនៃគ្លីនិក។

សូមចុះហត្ថលេខារបស់លោកអ្នកនៅទីនេះ : \_\_\_\_\_ ថ្ងៃខែ : \_\_\_\_\_

សូមបញ្ជូនបែបបទនេះទៅឱ្យការិយាល័យ ឬគ្រូបង្រៀននៃកូនលោកអ្នក ឱ្យបានមុនថ្ងៃខែកំណត់។

អ្នកផ្តល់សេវាកម្ម (ទីភ្នាក់ងារ)៖ \_\_\_\_\_

លេខទូរស័ព្ទ៖ \_\_\_\_\_

អាសយដ្ឋាន៖ \_\_\_\_\_

**តើលោកអ្នកបានបំពេញទំព័រខាងមុខហើយនៅ?**