

១២. ទម្រង់តាមដាន សម្រាប់សហគមន៍ (មេរៀនទី៥)

ក្រុមថែទាំតាមដាន:

ថ្ងៃណាត់ជួបលើកក្រោយ ___/___/___

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា _____

ទម្រង់តាមដានអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាជំនួយមនុស្សពេញវ័យ (ទាំងពីរភេទ និងស្ត្រីសម្រាលកូនរួចលើសពី៦ខែ) ដែលមានអាយុលើសពី១៩ឆ្នាំ

ព័ត៌មានទូទៅ				
១. ថ្ងៃពិនិត្យ ___/___/___	២. ក. ឈ្មោះអតិថិជន៖			
៣. អាយុ _____ ឆ្នាំ	៤. ភេទ(គូស√) <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស	៥. អាស័យដ្ឋាន៖		
ជំហានទី ១ និង២៖ វាយតម្លៃ និងវិភាគ				
ការវាយតម្លៃសុខភាព និងរូបរាងកាយ				
៦. បញ្ហាដែលអតិថិជនបានប្រាប់៖	៧. ក. កំពុងប្រើថ្នាំ ARV? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ខ. កំពុងប្រើថ្នាំ OI? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ គ. បានលេបថ្នាំ ARV ទៀងទាត់តាំងពីថ្ងៃពិនិត្យចុងក្រោយ ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
៨. ក. ទម្ងន់ថ្ងៃនេះ _____ គ.ក្រ ខ. កម្ពស់ _____ ម គ. សន្ទស្សន៍ម៉ាស់រាងកាយ(BMI) = _____	៩. ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ៖ <input type="checkbox"/> មិនគ្រប់ទម្ងន់/ខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ BMI តិចជាង១៨.៥០ <input type="checkbox"/> ធម្មតា BMI ពី១៨.៥០-២៤.៩៩ <input type="checkbox"/> លើសទម្ងន់ BMI ២៥.០ឡើងទៅ			
ការបរិភោគអាហារ				
១០. ក. ជាធម្មតា តើអតិថិជនបរិភោគអ្វីខ្លះជាប្រចាំ? (គូស √ ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម)				
ពេលព្រឹក	ថ្ងៃត្រង់	ពេលល្ងាច	សម្រន់/ភេសជ្ជៈ	
បាយ/គុយទាវ/ដំឡូង /នំប៉័ង/ពោត/ត្រាវ/ប្រេង/ស្ករ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បន្លែ/ផ្លែឈើ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ត្រី/សាច់មាន់/សាច់ជ្រូក/ស៊ុត/តៅហ្វី/សណ្តែកសៀង/សណ្តែកដី/ទឹកដោះគោ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>ខ. បរិភោគអាហារពេល ក្នុង១ថ្ងៃប៉ុន្មានពេល? <input type="checkbox"/> ០ <input type="checkbox"/> ១ <input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ៣ <input type="checkbox"/> ៤ ឬលើសពីនេះ</p> <p>គ. បរិភោគអាហារសម្រន់ក្នុង១ថ្ងៃ ប៉ុន្មានដង? <input type="checkbox"/> ០ <input type="checkbox"/> ១ <input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ៣ ឬលើសពីនេះ</p> <p>ឃ. បរិមាណសារធាតុរាវ (ក្រៅពីទឹក) ដែលបរិភោគក្នុង១ថ្ងៃ៖ <input type="checkbox"/> តិចជាង ២លីត្រ <input type="checkbox"/> ២លីត្រ ឬលើសពីនេះ បរិមាណទឹកបរិភោគ ក្នុង១ថ្ងៃ _____ កែវ</p>	<p>ង. តើមានអាហារទាំងបីក្រុម (អាហារថាមពល ការពារនិងសាងសង់) នៅក្នុងអាហារពេលនីមួយៗដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន</p> <p>ច. តើអតិថិជនបានបរិភោគអាហារដែលសំបូរជាតិដែក ដូចជា សាច់ក្រហម សាច់មាន់ សាច់ត្រី ស៊ុត សណ្តែក បន្លែដែលមានស្លឹកបៃតងដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន</p>
--	--

១១. របបអាហារ៖

បរិមាណអាហារ អាហារសម្រន់ និងសារធាតុរាវ	គុណភាពអាហារ និងអាហារសម្រន់
<input type="checkbox"/> ខ្លះខាត៖ អាហារ០-១ពេល គ្មានអាហារសម្រន់ សារធាតុរាវតិចជាង១លីត្រ	បរិភោគអាហារ១-២ក្រុម ក្នុង១ថ្ងៃ
<input type="checkbox"/> មធ្យម៖ អាហារ២ពេល អាហារសម្រន់១ដង និង សារធាតុរាវ ១លីត្រ	បរិភោគអាហារ ៣ក្រុម ក្នុង១ថ្ងៃ
<input type="checkbox"/> ល្អ៖ យ៉ាងតិច អាហារ៣ពេល អាហារសម្រន់២ដង និងសារធាតុរាវ ២លីត្រ	បរិភោគចម្រុះមុខម្ហូប ពីអាហារ៣ក្រុម រាល់ពេល

ជំហានទី ៣ និង៤៖ ស្នើយោបល់ និងចរចា

១២. ជំនួយគន្លឹះដែលអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាផ្តល់ឱ្យ៖

<input type="checkbox"/> លាងដៃ <input type="checkbox"/> សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ <input type="checkbox"/> អនាម័យមាត់ធ្មេញ <input type="checkbox"/> រៀបចំផែនការសន្តិសុខស្បៀង <input type="checkbox"/> លំហាត់ប្រាណ <input type="checkbox"/> កម្រិតការប្រើជាតិសុរា និងចៀសវាងជក់ថ្នាំ/បារី <input type="checkbox"/> ពិនិត្យសុខភាពនិងទម្ងន់ជារៀងរាល់ខែ <input type="checkbox"/> ស្វែងរកការព្យាបាលភ្លាមនៅពេលមានបង្ករោគ <input type="checkbox"/> លេបថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងផលរំខានដោយថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	<input type="checkbox"/> សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់នៃការស្រកទម្ងន់ <input type="checkbox"/> ការដឹកទឹកឱ្យបានច្រើន <input type="checkbox"/> បរិភោគអាហារ៣ពេល និងអាហារសម្រន់២ដង <input type="checkbox"/> បង្កើនភាពឃ្នានជាមួយអាហារងាយទទួលទាន និងមានរស់ជាតិ <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានជំងឺរាក <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានក្អកចង្ហោរ <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានគ្រុនក្តៅ <input type="checkbox"/> ស្លែកស្លាំង <input type="checkbox"/> បរិភោគឱ្យបានសមស្រប
--	---

ជំហានទី៥៖ តាមដាន

១៣. ត្រួតពិនិត្យ និងតាមដានជាបន្តបន្ទាប់៖ ១ខែម្តង ៣ខែម្តង ៦ខែម្តង ធៀងៗ សូមបញ្ជាក់ _____

កំណត់សម្គាល់ប្រើប្រាស់ទម្រង់តាមដាន
 អ្នកប្រើប្រាស់សំខាន់ៗមាន៖ បុគ្គលិកថែទាំតាមផ្ទះ និងសមាជិកក្រុមជួយខ្លួនឯង។ ចំណែកអ្នកដទៃទៀត(ដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល) ដែលអាចប្រើប្រាស់ទម្រង់នេះ មានដូចជា៖ អ្នកប្រឹក្សាយោបល់ បុគ្គលិកសហគមន៍ ដែលធ្វើការជាមួយអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ និងអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំឯកសារ។
 គោលដៅសំខាន់ៗដែលត្រូវប្រើទម្រង់នេះ៖ អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ដែលមានអាយុលើសពី១៩ឆ្នាំ រួមទាំងស្ត្រីរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ដែលសម្រាលកូនរួចលើសពី៦ខែ។

ក្រុមថែទាំសង្គម:

ថ្ងៃណាត់ជួបលើកក្រោយ ___/___/___

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា _____

**ទម្រង់តាមដានសម្រាប់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាដល់
ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីសម្រាលកូនក្នុងកំឡុង៦ខែ**

ព័ត៌មានទូទៅ	
១. ថ្ងៃពិនិត្យ ___/___/___	២. ឈ្មោះអតិថិជន៖
៣. អាយុ _____ ឆ្នាំ	៤. ស្ថានភាពផ្ទៃពោះ(គូស√)៖ <input type="checkbox"/> មានផ្ទៃពោះ _____ ខែ <input type="checkbox"/> ក្រោយសម្រាលកូនក្នុងកំឡុង៦ខែ <input type="checkbox"/> បំបៅដោះ <input type="checkbox"/> មិនបំបៅដោះ អាយុទារក _____ ខែ
ជំហានទី ១ និង២៖ វាយតម្លៃ និងវិភាគ	
ការវាយតម្លៃសុខភាព និងរូបរាងកាយ	
៦. បញ្ហាដែលអតិថិជនបានប្រាប់៖	៧. ក. កំពុងប្រើថ្នាំ ARV? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ខ. កំពុងប្រើថ្នាំ OI? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ គ. បានលេបថ្នាំ ARV ទៀងទាត់តាំងពីថ្ងៃពិនិត្យចុងក្រោយ ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
៨. រង្វាស់ជុំវិញពាក់កណ្តាលដើមដៃ(MUAC) របស់អតិថិជន៖ _____ ស.ម	៩. ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ៖ <input type="checkbox"/> ទម្ងន់មិនគ្រប់/កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ- MUACតិចជាង២៣ស.ម <input type="checkbox"/> ធម្មតា- MUAC ចាប់ពី ២៣ស.មឡើងទៅ
ការបរិភោគអាហារ	
១០. ក. ជាធម្មតា តើអតិថិជនបរិភោគអ្វីខ្លះជាប្រចាំ? (គូស √ ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម)	
	ពេលព្រឹក ថ្ងៃត្រង់ ពេលល្ងាច សម្រន់/ភេសជ្ជៈ
បាយ/គុយទាវ/ដំឡូង /នំប៉័ង/ពោត/ត្រាវ/ប្រេង/ស្ករ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
បន្លែ/ផ្លែឈើ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ត្រី/សាច់មាន់/សាច់ផ្សេងៗ/ស៊ុត/តៅហ្វី/សណ្តែកសៀង/សណ្តែកដី/ទឹកដោះគោ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>ខ. បរិភោគអាហារពេល ក្នុង១ថ្ងៃប៉ុន្មានពេល? <input type="checkbox"/> ០ <input type="checkbox"/> ១ <input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ៣ <input type="checkbox"/> ៤ ឬលើសពីនេះ</p> <p>គ. បរិភោគអាហារសម្រន់ក្នុង១ថ្ងៃ ប៉ុន្មានដង? <input type="checkbox"/> ០ <input type="checkbox"/> ១ <input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ៣ ឬលើសពីនេះ</p> <p>ឃ. បរិមាណសារធាតុរាវ (ក្រៅពីទឹក) ដែលបរិភោគក្នុង១ថ្ងៃ៖ <input type="checkbox"/> តិចជាង ២លីត្រ <input type="checkbox"/> ២លីត្រ ឬលើសពីនេះ បរិមាណទឹកបរិភោគ ក្នុង១ថ្ងៃ _____ កែវ</p>	<p>ង. តើមានអាហារទាំងបីក្រុម (អាហារថាមពល ការពារនិងសាងសង់) នៅក្នុងអាហារពេលនីមួយៗដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន</p> <p>ច. តើអតិថិជនបានបរិភោគអាហារដែលសំបូរជាតិដែក ដូចជា សាច់ក្រហម សាច់មាន់ សាច់ត្រី ស៊ុត សណ្តែក បន្លែដែលមានស្លឹកបៃតងដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន</p>
--	--

១១. របបអាហារ៖

បរិមាណអាហារ អាហារសម្រន់ និងសារធាតុរាវ	គុណភាពអាហារ និងអាហារសម្រន់
<input type="checkbox"/> ខ្លះខាត៖ អាហារ០-១ពេល គ្មានអាហារសម្រន់ សារធាតុរាវតិចជាង១លីត្រ	បរិភោគអាហារ១-២ក្រុម ក្នុង១ថ្ងៃ
<input type="checkbox"/> មធ្យម៖ អាហារ២ពេល អាហារសម្រន់១ដង និង សារធាតុរាវ ១លីត្រ	បរិភោគអាហារ ៣ក្រុម ក្នុង១ថ្ងៃ
<input type="checkbox"/> ល្អ៖ យ៉ាងតិច អាហារ៣ពេល អាហារសម្រន់២ដង និងសារធាតុរាវ ២លីត្រ	បរិភោគចម្រុះមុខម្ហូប ពីអាហារ៣ក្រុម រាល់ពេល

ជំហានទី ៣ និង៤៖ ស្នើយោបល់ និងចរចា

១២. ដំបូន្មានគន្លឹះដែលអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាផ្តល់ឱ្យ៖

<input type="checkbox"/> លាងដៃ	<input type="checkbox"/> ការដឹកទឹកឱ្យបានច្រើន
<input type="checkbox"/> សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ	<input type="checkbox"/> បង្កើនភាពឃ្នានជាមួយអាហារងាយទទួលទាន និងមានរស់ជាតិ
<input type="checkbox"/> អនាម័យមាត់ធ្មេញ	<input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានជំងឺរាក
<input type="checkbox"/> រៀបចំផែនការសន្តិសុខស្បៀង	<input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានកូតចង្កោរ
<input type="checkbox"/> លំហាត់ប្រាណ	<input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានជំងឺឆ្លៀតក្នុងមាត់
<input type="checkbox"/> កម្រិតការប្រើជាតិសុរា និងចៀសវាងជក់ថ្នាំ/បារី	<input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានគ្រុនក្តៅ
<input type="checkbox"/> ពិនិត្យសុខភាពនិងទម្ងន់ជារៀងរាល់ខែ	<input type="checkbox"/> ស្លែកស្លាំង
<input type="checkbox"/> ស្វែងរកការព្យាបាលភ្លាមនៅពេលមានបង្ករោគ	<input type="checkbox"/> បរិភោគឱ្យបានសមស្រប
<input type="checkbox"/> លេបថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា	<input type="checkbox"/> បរិភោគសមស្របនៅពេលមានផ្ទៃពោះ និងបំបៅដោះកូន
<input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងផលរំខានដោយថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	<input type="checkbox"/> ដំបូន្មានសម្រាប់ការបំបៅដោះ
<input type="checkbox"/> សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់នៃការស្រកទម្ងន់	

ជំហានទី៥៖ តាមដាន

១៣. ត្រួតពិនិត្យ និងតាមដានជាបន្តបន្ទាប់៖ ១ខែម្តង ៣ខែម្តង ៦ខែម្តង ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់ _____

កំណត់សម្គាល់ប្រើប្រាស់ទម្រង់តាមដាន
 អ្នកប្រើប្រាស់សំខាន់ៗមាន៖ បុគ្គលិកថែទាំតាមផ្ទះ និងសមាជិកក្រុមជួយខ្លួនឯង។ ចំណែកអ្នកដទៃទៀត(ដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល) ដែលអាចប្រើប្រាស់ទម្រង់នេះ មានដូចជា៖ អ្នកប្រឹក្សាយោបល់ បុគ្គលិកសហគមន៍ ដែលធ្វើការជាមួយអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ និងអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំឯកសារ។
 គោលដៅសំខាន់ៗដែលត្រូវប្រើទម្រង់នេះ៖ អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ដែលមានអាយុលើសពី១៩ឆ្នាំ ដែលជាស្ត្រីរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ អាយុលើសពី១៩ឆ្នាំ ដែលមានផ្ទៃពោះ ឬដែលសម្រាលកូនរួចក្នុងអំឡុង៦ខែ។

ក្រុមថែទាំសាមគ្គី:

ថ្ងៃណាត់ជួបលើកក្រោយ ___/___/___

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា _____

**ទម្រង់តាមដានសម្រាប់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាដល់
កុមារ និងក្មេងជំងឺ អាយុពី ០-១៩ ឆ្នាំ**

ព័ត៌មានទូទៅ			
១. ថ្ងៃពិនិត្យ ___/___/___		២. ក. ឈ្មោះកុមារ _____ ខ. ភេទកុមារ (គូសv) <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស គ. អាយុ _____ ឆ្នាំ	
៣. អាណាព្យាបាល/ត្រូវជា:		៤. អាស័យដ្ឋាន:	
៥. ក. ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់កុមារ: <input type="checkbox"/> វិជ្ជមាន <input type="checkbox"/> អវិជ្ជមាន <input type="checkbox"/> ប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ <input type="checkbox"/> មិនដឹង <input type="checkbox"/> មិនបង្ហាញ/រក្សាសម្ងាត់ ខ. ថ្ងៃពិនិត្យសុខភាពចុងក្រោយបំផុត ___/___/___			
ជំហានទី ១ និង២: វាយតម្លៃ និងវិភាគ			
ការវាយតម្លៃសុខភាព និងរូបរាងកាយ			
៦. បញ្ហាដែលអាណាព្យាបាលកុមារបានប្រាប់:		៧. ក. កំពុងប្រើថ្នាំ ARV? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ខ. កំពុងប្រើថ្នាំ OI? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ គ. បានលេបថ្នាំ ARV ទៀងទាត់តាំងពីថ្ងៃពិនិត្យចុងក្រោយ ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
៨. ក. បើកុមារអាយុពី ០-៦ខែ តើមានហើមឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	ខ. បើកុមារអាយុពី ៦-៥៩ខែ រង្វាស់ជុំវិញពាក់កណ្តាលដើមដៃ(MUAC) របស់កុមារ: _____ ស.ម	គ. បើកុមារអាយុពី ៥-១៩ឆ្នាំ ទម្ងន់កុមារបច្ចុប្បន្ន _____ គ.ក្រ កម្ពស់កុមារ _____ ម BMI តាមអាយុ = _____ ទម្ងន់លើកមុន _____ គ.ក ថ្ងៃថ្មី ___/___/___ ធៀបនឹងលើកមុន ទម្ងន់បច្ចុប្បន្នគឺ: <input type="checkbox"/> ដូចគ្នា <input type="checkbox"/> កើនឡើង <input type="checkbox"/> ថយចុះ	
៩. ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ	ការវាយតម្លៃរូបរាងកាយ (០-៦ខែ)	MUAC (6-59ខែ)	BMI តាមអាយុ (៥-១៩ឆ្នាំ)
<input type="checkbox"/> ធម្មតា	គ្មានហើម	ធំជាង ១២.៥ ស.ម	ធំជាង ឬស្មើ -២ SD
<input type="checkbox"/> កង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់	គ្មានហើម	ធំជាង ឬស្មើ ១១.៥ ដល់ តិចជាង ឬស្មើ ១២.៥ ស.ម	ចន្លោះ -៣ SD ទៅ -២ SD
<input type="checkbox"/> កង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ	ហើមទ្រុតជើងសងខាង (ត្រូវបញ្ជូន ទៅមណ្ឌលសុខភាព)	ហើមទ្រុតជើងសងខាង ឬមាន MUAC ឬតិចជាង ១១.៥ ស.ម	តិចជាង ឬស្មើ -៣ SD

ការបរិភោគអាហារ

១០. ជាធម្មតា តើកុមារបរិភោគអ្វីខ្លះជារៀងរាល់ថ្ងៃ? (គូស ✓ ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម)

កុមារអាយុពី ០-៦ខែ

- បំបៅដោះសុទ្ធ? បាទ/ចាស ទេ
- បំបៅទឹកដោះគោជំនួស បាទ/ចាស ទេ
- បើកុមារបំបៅទឹកដោះម្សៅ តើបានលាយផ្សំតាមរូបមន្តត្រឹមត្រូវទេ? បាទ/ចាស ទេ
- មានអនាម័យដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

កុមារអាយុពី ៦-៥៩ខែ ឬកុមារ និងក្មេងជំទង់អាយុ៥-១៩ឆ្នាំ

	ពេលព្រឹក	ថ្ងៃត្រង់	ពេលល្ងាច	សម្រស់/ភេសជ្ជៈ:
បាយ/គុយទាវ/ដំឡូង /នំប៉័ង/ពោត/ត្រាវ/ប្រេង/ស្ករ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បន្លែ/ផ្លែឈើ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ត្រី/សាច់មាន់/សាច់ជ្រូងៗ/ស៊ុត/តៅហ៊ី/សណ្តែកសៀង/សណ្តែកដី/ទឹកដោះគោ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- បរិភោគអាហារពេល ក្នុង១ថ្ងៃប៉ុន្មានពេល? ០-១ ២ ៣ ៤ ៥
- បរិភោគអាហារសម្រន់ ក្នុង១ថ្ងៃប៉ុន្មានដង? ០-១ ២ ៣ ឬលើសពីនេះ
- សារធាតុរាវ (ក្រៅពីទឹក) ដែលបរិភោគ ក្នុង១ថ្ងៃ(លីត្រ)៖ ០-១ ២ ៣ ឬលើសពីនេះ
- បរិមាណទឹកបរិភោគ ក្នុង១ថ្ងៃ _____ កែវ
- ទឹកដោះគោ ឬសារធាតុបំប៉ន ក្នុង១ថ្ងៃ _____ កែវ (កុមារអាយុពី៦-៥៩ខែ)
- តើមានអាហារទាំងបីក្រុម (អាហារថាមពល ការពារនិង សាងសង់) នៅក្នុងអាហារពេលនីមួយៗដែរឬទេ? មាន គ្មាន
- បរិភោគអាហារដែលសំបូរជាតិដែក ដូចជា សាច់ក្រហម សាច់មាន់ សាច់ត្រី ស៊ុត សណ្តែក
- បន្លែដែលមានស្លឹកបៃតងដែរឬទេ? មាន គ្មាន

១១. របបអាហារ៖

របបអាហារ កុមារអាយុ០-៦ខែ៖

- ខ្វះខាត៖ មិនបានបំបៅដោះសុទ្ធ ឬបំបៅជំនួសដែលគ្មានសុវត្ថិភាព
- ល្អ៖ បំបៅដោះសុទ្ធ ឬបំបៅជំនួសមានសុវត្ថិភាព

របបអាហារ កុមារអាយុពី ៦-៥៩ ខែ

- ខ្វះខាត៖ អាហារ ឬអាហារសម្រន់តិចជាង ២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ អាហារ១ក្រុម/ថ្ងៃ ទឹកដោះគោ០-១កែវ/ថ្ងៃ (សម្រាប់កុមារអាយុពី ៦-២៤ ខែ និងគ្មានការបំបៅដោះ)
- មធ្យម៖ អាហារ ២ពេល និងអាហារសម្រន់ ១-២ដង អាហារ១-២ក្រុម/ថ្ងៃ ទឹកដោះគោ ១-២កែវ/ថ្ងៃ (សម្រាប់កុមារអាយុពី ៦-២៤ ខែ និងគ្មានការបំបៅដោះ)
- ល្អ៖ យ៉ាងតិចអាហារ ៣ពេល និងអាហារសម្រន់ ១-២ ដង អាហារយ៉ាងតិច៣ក្រុម/ថ្ងៃ ទឹកដោះគោ យ៉ាងតិច២កែវ/ថ្ងៃ (សម្រាប់កុមារអាយុពី ៦-២៤ ខែ និងគ្មានការបំបៅដោះ)

របបអាហារ កុមារអាយុ ៥-១៩ឆ្នាំ

បរិមាណអាហារ អាហារសម្រន់ និងសារធាតុរាវ	គុណភាពអាហារ និងអាហារសម្រន់
<input type="checkbox"/> ខ្លះខាត៖ អាហារ០-១ពេល គ្មានអាហារសម្រន់ សារធាតុរាវតិចជាង១លីត្រ	បរិភោគអាហារ១-២ក្រុម ក្នុង១ថ្ងៃ
<input type="checkbox"/> មធ្យម៖ អាហារ២ពេល អាហារសម្រន់១ដង និង សារធាតុរាវ ១លីត្រ	បរិភោគអាហារ ៣ក្រុម ក្នុង១ថ្ងៃ
<input type="checkbox"/> ល្អ៖ យ៉ាងតិច អាហារ៣ពេល អាហារសម្រន់២ដង និងសារធាតុរាវ ២លីត្រ	បរិភោគចម្រុះមុខម្ហូប ពីអាហារ៣ក្រុម រាល់ពេល

ជំហានទី ៣ និង៤៖ ស្នើឃោសនា និងចរចា

១២. ដំបូន្មានគន្លឹះដែលអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាផ្តល់ឱ្យ៖

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> បញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ | <input type="checkbox"/> ការលាងសម្អាតដៃ |
| <input type="checkbox"/> ចាប់ផ្តើមផ្តល់ចំណីអាហារដល់កុមារអាយុ៦-២៤ខែ | <input type="checkbox"/> សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ |
| <input type="checkbox"/> ឱ្យអាហារដល់កុមារគ្រប់អាយុចូលរៀន និងយុវវ័យ | <input type="checkbox"/> អនាម័យមាត់ធ្មេញ |
| <input type="checkbox"/> លើកកំពស់ការលូតលាស់របស់កុមារដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ | <input type="checkbox"/> សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់នៃការស្រកទម្ងន់ |
| <input type="checkbox"/> អាហារូបត្ថម្ភដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីបំបៅដោះដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ | <input type="checkbox"/> បង្កើនភាពឃ្លានជាមួយអាហារងាយទទួលទាន និងមានរស់ជាតិ |
| <input type="checkbox"/> ដំបូន្មានអំពីការបំបៅដោះ | <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានជំងឺរាក |
| <input type="checkbox"/> ដំបូន្មានអំពីការបំបៅទឹកដោះគោ | <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានកូតចង្កោរ |
| <input type="checkbox"/> ភាពស្មើភាពស្ត្រី | <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ |
| | <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានគ្រុនក្តៅ |

ជំហានទី៥៖ តាមដាន

១៣. ត្រួតពិនិត្យ និងតាមដានជាបន្តបន្ទាប់៖ ១ខែម្តង ៣ខែម្តង ៦ខែម្តង ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់ _____

កំណត់សម្គាល់ប្រើប្រាស់ទម្រង់តាមដាន

អ្នកប្រើប្រាស់សំខាន់ៗមាន៖ បុគ្គលិកថែទាំតាមផ្ទះ និងសមាជិកក្រុមជួយខ្លួនឯង។ ចំណែកអ្នកដទៃទៀត(ដែលទទួលបានការបណ្តុះបណ្តាល) ដែលអាចប្រើប្រាស់ទម្រង់នេះ មានដូចជា៖ អ្នកប្រឹក្សាយោបល់ បុគ្គលិកសហគមន៍ ដែលធ្វើការជាមួយអ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ និងអ្នកគ្រប់គ្រងសំណុំឯកសារ។ គោលដៅសំខាន់ៗដែលត្រូវប្រើទម្រង់នេះ៖ កុមារ និងក្មេងវ័យជំទង់ដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ដែលមានអាយុក្រោម១៩ឆ្នាំ និងកុមារដែលនៅក្នុងគ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍។

១៣ ទម្រង់តាមដាន សម្រាប់ស្ថាប័ន (មេរៀនទី៥)

ឈ្មោះស្ថាប័ន _____

ថ្ងៃណាត់ជួបលើកក្រោយ ___/___/___

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា _____

ទម្រង់តាមដានអាហារូបត្ថម្ភសម្រាប់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាដល់មនុស្សពេញវ័យ (ទាំងពីរភេទ និងស្ត្រីសម្រាលកូនរួចរើសពី៦ខែ) ដែលមានអាយុលើសពី១៩ឆ្នាំ

ព័ត៌មានទូទៅ				
១. ថ្ងៃពិនិត្យ ___/___/___	២. ឈ្មោះអតិថិជន៖			
៣. អាយុ _____ ឆ្នាំ	៤. ភេទ(គូស√) <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស	៥. អាស័យដ្ឋាន៖		
ជំហានទី ១ និង២៖ វាយតម្លៃ និងវិភាគ				
ការវាយតម្លៃសុខភាព និងរូបរាងកាយ				
៦. បញ្ហាដែលអតិថិជនបានប្រាប់៖	៧. ក. កំពុងប្រើថ្នាំ ARV? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ខ. កំពុងប្រើថ្នាំ OI? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ គ. បានលេបថ្នាំ ARV ទៀងទាត់តាំងពីថ្ងៃពិនិត្យចុងក្រោយ ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ			
៨. ក. ទម្ងន់ថ្ងៃនេះ _____ គ.ក្រ ខ. កម្ពស់ _____ ម គ. សន្ទស្សន៍ម៉ាស់រាងកាយ(BMI) = _____	៩. ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ៖ <input type="checkbox"/> មិនគ្រប់ទម្ងន់/ខ្វះអាហារូបត្ថម្ភ BMI តិចជាង១៨.៥០ <input type="checkbox"/> ធម្មតា BMI ពី១៨.៥០-២៤.៩៩ <input type="checkbox"/> លើសទម្ងន់ BMI ២៥.០ឡើងទៅ			
ការបរិភោគអាហារ				
១០. ក. ជាធម្មតា តើអតិថិជនបរិភោគអ្វីខ្លះជាប្រចាំ? (គូស √ ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម)				
	ពេលព្រឹក	ថ្ងៃត្រង់	ពេលល្ងាច	សម្រន់/ភេសជ្ជៈ
បាយ/គុយទាវ/ជំទ្បង /នំប៉័ង/ពោត/ត្រាវ/ប្រេង/ស្ករ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បន្លែ/ផ្លែឈើ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ត្រី/សាច់មាន់/សាច់ជ្រូងៗ/ស៊ុត/តៅហ្វី/សណ្តែកសៀង/សណ្តែកដី/ទឹកដោះគោ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>ខ. បរិភោគអាហារពេល ក្នុង១ថ្ងៃប៉ុន្មានពេល? <input type="checkbox"/> ០ <input type="checkbox"/> ១ <input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ៣ <input type="checkbox"/> ៤ ឬលើសពីនេះ</p> <p>គ. បរិភោគអាហារសម្រន់ក្នុង១ថ្ងៃ ប៉ុន្មានដង? <input type="checkbox"/> ០ <input type="checkbox"/> ១ <input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ៣ ឬលើសពីនេះ</p> <p>ឃ. បរិមាណសារធាតុរាវ (ក្រៅពីទឹក) ដែលបរិភោគក្នុង១ថ្ងៃ៖ <input type="checkbox"/> តិចជាង ២លីត្រ <input type="checkbox"/> ២លីត្រ ឬលើសពីនេះ បរិមាណទឹកបរិភោគ ក្នុង១ថ្ងៃ _____ កែវ</p>	<p>ង. តើមានអាហារទាំងបីក្រុម (អាហារថាមពល ការពារនិងសាងសង់) នៅក្នុងអាហារពេលនីមួយៗដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន</p> <p>ច. តើអតិថិជនបានបរិភោគអាហារដែលសំបូរជាតិដែក ដូចជា សាច់ក្រហម សាច់មាន់ សាច់ត្រី ស៊ុត សណ្តែក បន្លែដែលមានស្លឹកបៃតងដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន</p>
--	--

១១. របបអាហារ៖

បរិមាណអាហារ អាហារសម្រន់ និងសារធាតុរាវ	គុណភាពអាហារ និងអាហារសម្រន់
<input type="checkbox"/> ខ្លះខាត៖ អាហារ០-១ពេល គ្មានអាហារសម្រន់ សារធាតុរាវតិចជាង១លីត្រ	បរិភោគអាហារ១-២ក្រុម ក្នុង១ថ្ងៃ
<input type="checkbox"/> មធ្យម៖ អាហារ២ពេល អាហារសម្រន់១ដង និង សារធាតុរាវ ១លីត្រ	បរិភោគអាហារ ៣ក្រុម ក្នុង១ថ្ងៃ
<input type="checkbox"/> ល្អ៖ យ៉ាងតិច អាហារ៣ពេល អាហារសម្រន់២ដង និងសារធាតុរាវ ២លីត្រ	បរិភោគចម្រុះមុខម្ហូប ពីអាហារ៣ក្រុម រាល់ពេល

ជំហានទី ៣ និង៤៖ ស្នើយោបល់ និងចរចា

១២. ដំបូន្មានគន្លឹះដែលអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាផ្តល់ឱ្យ៖

<input type="checkbox"/> លាងដៃ	<input type="checkbox"/> សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់នៃការស្រកទម្ងន់
<input type="checkbox"/> សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ	<input type="checkbox"/> ការដឹកទឹកឱ្យបានច្រើន
<input type="checkbox"/> អនាម័យមាត់ធ្មេញ	<input type="checkbox"/> បរិភោគអាហារ៣ពេល និងអាហារសម្រន់២ដង
<input type="checkbox"/> រៀបចំផែនការសន្តិសុខស្បៀង	<input type="checkbox"/> បង្កើនភាពឃ្លានជាមួយអាហារងាយទទួលទាន និងមានរស់ជាតិ
<input type="checkbox"/> លំហាត់ប្រាណ	<input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានជំងឺរាក
<input type="checkbox"/> កម្រិតការប្រើជាតិស្ករ និងចៀសវាងជក់ថ្នាំ/បារី	<input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានក្អួតចង្កោរ
<input type="checkbox"/> ពិនិត្យសុខភាពនិងទម្ងន់ជារៀងរាល់ខែ	<input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់
<input type="checkbox"/> ស្វែងរកការព្យាបាលភ្លាមនៅពេលមានបង្ករោគ	<input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានគ្រុនក្តៅ
<input type="checkbox"/> លេបថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា	<input type="checkbox"/> ស្លែកស្លាំង
<input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងផលរំខានដោយថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍	<input type="checkbox"/> បរិភោគឱ្យបានសមស្រប

ជំហានទី៥៖ តាមដាន

១៣. ត្រួតពិនិត្យ និងតាមដានជាបន្តបន្ទាប់៖ ១ខែម្តង ៣ខែម្តង ៦ខែម្តង ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់ _____

កំណត់សម្គាល់ប្រើប្រាស់ទម្រង់តាមដាន
 អ្នកប្រើប្រាស់សំខាន់ៗមាន៖ បុគ្គលិកថែទាំសុខភាពតាមស្ថាប័ន (រួមទាំងគិលានុបដ្ឋាក និង វេជ្ជបណ្ឌិត) បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព និងបុគ្គលិកគ្លីនិកសេវាព្យាបាល OI ឬARV។
 គោលដៅសំខាន់ៗដែលត្រូវប្រើទម្រង់នេះ៖ អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ដែលមានអាយុ លើសពី១៩ឆ្នាំ រួមទាំងស្ត្រីរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ដែលសម្រាលកូនរួចលើសពី៦ខែ។

ឈ្មោះស្ថាប័ន _____

ថ្ងៃណាត់ជួបលើកក្រោយ ___/___/___

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា _____

ទម្រង់តាមដានសម្រាប់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាដល់ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីសម្រាលកូនក្នុងកំឡុង៦ខែ

ព័ត៌មានទូទៅ				
១. ថ្ងៃពិនិត្យ ___/___/___	២. ឈ្មោះអតិថិជន៖			
៣. អាយុ _____ ឆ្នាំ	៤. ស្ថានភាពផ្ទៃពោះ(គូស√)៖	៥. អាស័យដ្ឋាន		
	<input type="checkbox"/> មានផ្ទៃពោះ _____ ខែ			
	<input type="checkbox"/> ក្រោយសម្រាលកូនក្នុងកំឡុង៦ខែ			
	<input type="checkbox"/> បំបៅដោះ <input type="checkbox"/> មិនបំបៅដោះ អាយុទារក _____ ខែ			
ជំហានទី ១ និង២៖ វាយតម្លៃ និងវិភាគ				
ការវាយតម្លៃសុខភាព និងរូបរាងកាយ				
៦. បញ្ហាដែលអតិថិជនបានប្រាប់៖		៧. ក. កំពុងប្រើថ្នាំ ARV? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		
		ខ. កំពុងប្រើថ្នាំ OI? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		
		គ. បានលេបថ្នាំ ARV ទៀងទាត់តាំងពីថ្ងៃពិនិត្យចុងក្រោយ ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ		
៨. ក. រង្វាស់ជុំវិញពាក់កណ្តាលដើមដៃរបស់អតិថិជន _____ ស.ម		៩. ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ៖		
ខ. ទំងន់ថ្ងៃនេះ _____ គ.ក្រ		<input type="checkbox"/> ទម្ងន់មិនគ្រប់/កង្វះអាហារូបត្ថម្ភ-		
គ. បើកំពុងមានផ្ទៃពោះ ទំងន់មុនពេលមានផ្ទៃពោះគឺ _____ គ.ក្រ		MUACតិចជាង២៣ស.ម		
ទំងន់ដែលកើនឡើងមកត្រឹមថ្ងៃនេះគឺ _____ គ.ក្រ		<input type="checkbox"/> ធម្មតា- MUAC ចាប់ពី ២៣ស.មឡើងទៅ		
ការបរិភោគអាហារ				
១០. ក. ជាធម្មតា តើអតិថិជនបរិភោគអ្វីខ្លះជារៀងរាល់ថ្ងៃ? (គូស √ ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម)				
	ពេលព្រឹក	ថ្ងៃត្រង់	ពេលល្ងាច	សម្រន់/ភេសជ្ជៈ
បាយ/គុយទាវ/ដំឡូង /នំប៉័ង/ពោត/ត្រាវ/ប្រេង/ស្ករ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បន្លែ/ផ្លែឈើ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ត្រី/សាច់មាន់/សាច់ផ្សេងៗ/ស៊ុត/តៅហ្វី/សណ្តែកសៀង/សណ្តែកដី/ទឹកដោះគោ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

<p>ខ. បរិភោគអាហារពេល ក្នុង១ថ្ងៃប៉ុន្មានពេល? <input type="checkbox"/> ០ <input type="checkbox"/> ១ <input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ៣ <input type="checkbox"/> ៤ ឬលើសពីនេះ</p> <p>គ. បរិភោគអាហារសម្រន់ក្នុង១ថ្ងៃ ប៉ុន្មានដង? <input type="checkbox"/> ០ <input type="checkbox"/> ១ <input type="checkbox"/> ២ <input type="checkbox"/> ៣ ឬលើសពីនេះ</p> <p>ឃ. បរិមាណសារធាតុរាវ (ក្រៅពីទឹក) ដែលបរិភោគក្នុង១ថ្ងៃ៖ <input type="checkbox"/> តិចជាង ២លីត្រ <input type="checkbox"/> ២លីត្រ ឬលើសពីនេះ បរិមាណទឹកបរិភោគ ក្នុង១ថ្ងៃ _____ កែវ</p>	<p>ង. តើមានអាហារទាំងបីក្រុម (អាហារថាមពល ការពារនិងសាងសង់) នៅក្នុងអាហារពេលនីមួយៗដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន</p> <p>ច. តើអតិថិជនបានបរិភោគអាហារដែលសំបូរជាតិដែក ដូចជា សាច់ក្រហម សាច់មាន់ សាច់ត្រី ស៊ុត សណ្តែក បន្លែដែលមានស្លឹកបៃតងចាស់ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន</p>
--	--

១១. របបអាហារ៖

បរិមាណអាហារ អាហារសម្រន់ និងសារធាតុរាវ	គុណភាពអាហារ និងអាហារសម្រន់
<input type="checkbox"/> ខ្លះខាត៖ អាហារ០-១ពេល គ្មានអាហារសម្រន់ សារធាតុរាវតិចជាង១លីត្រ	បរិភោគអាហារ១-២ក្រុម ក្នុង១ថ្ងៃ
<input type="checkbox"/> មធ្យម៖ អាហារ២ពេល អាហារសម្រន់១ដង និង សារធាតុរាវ ១លីត្រ	បរិភោគអាហារ ៣ក្រុម ក្នុង១ថ្ងៃ
<input type="checkbox"/> ល្អ៖ យ៉ាងតិច អាហារ៣ពេល អាហារសម្រន់២ដង និងសារធាតុរាវ ២លីត្រ	បរិភោគចម្រុះមុខម្ហូប ពីអាហារ៣ក្រុម រាល់ពេល

ជំហានទី ៣ និង៤៖ ស្នើយោបល់ និងចរចា

១២. ដំបូន្មានគន្លឹះដែលអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាផ្តល់ឱ្យ៖

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> លាងដៃ | <input type="checkbox"/> ការផឹកទឹកឱ្យបានច្រើន |
| <input type="checkbox"/> សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ | <input type="checkbox"/> បង្កើនភាពឃ្លានជាមួយអាហារងាយទទួលទាន និងមានរស់ជាតិ |
| <input type="checkbox"/> អនាម័យមាត់ធ្មេញ | <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានជំងឺរាក |
| <input type="checkbox"/> រៀបចំផែនការសន្តិសុខស្បៀង | <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានកូតចង្កោរ |
| <input type="checkbox"/> លំហាត់ប្រាណ | <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានជំងឺឆ្លងក្នុងមាត់ |
| <input type="checkbox"/> កម្រិតការប្រើជាតិស្ករ និងចៀសវាងជក់ថ្នាំ/បារី | <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានគ្រុនក្តៅ |
| <input type="checkbox"/> ពិនិត្យសុខភាពនិងទម្ងន់ជារៀងរាល់ខែ | <input type="checkbox"/> ស្លែកស្លាំង |
| <input type="checkbox"/> ស្វែងរកការព្យាបាលក្លាមនៅពេលមានបង្ករោគ | <input type="checkbox"/> បរិភោគឱ្យបានសមស្រប |
| <input type="checkbox"/> លេបថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា | <input type="checkbox"/> បរិភោគសមស្របនៅពេលមានផ្ទៃពោះ និងបំបៅដោះកូន |
| <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងផលរំខានដោយថ្នាំប្រឆាំងមេរោគអេដស៍ | <input type="checkbox"/> ដំបូន្មានសម្រាប់ការបំបៅដោះ |
| <input type="checkbox"/> សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់នៃការស្រកទម្ងន់ | <input type="checkbox"/> បំណុករណីពិសេស៖ ដំបូន្មានសម្រាប់ការប្រើម្សៅទឹកដោះ |

ជំហានទី៥៖ តាមដាន

១៣. ត្រូវពិនិត្យ និងតាមដានជាបន្តបន្ទាប់៖ ១ខែម្តង ៣ខែម្តង ៦ខែម្តង ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់ _____

កំណត់សម្គាល់ប្រើប្រាស់ទម្រង់តាមដាន

អ្នកប្រើប្រាស់សំខាន់ៗមាន៖ បុគ្គលិកថែទាំសុខភាពតាមស្ថាប័ន (រួមទាំងគិលានុបដ្ឋាក និងវេជ្ជបណ្ឌិត) បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព និងបុគ្គលិកគ្លីនិកសេវាព្យាបាល OI ឬ ARV។ គោលដៅសំខាន់ៗដែលត្រូវប្រើទម្រង់នេះគឺ៖ អ្នករស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ដែលមានអាយុលើសពី១៩ឆ្នាំ ដែលជាស្ត្រីរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ អាយុលើសពី១៩ឆ្នាំ ដែលមានផ្ទៃពោះ ឬដែលសម្រាលកូនរួចក្នុងអំឡុង៦ខែ។

ឈ្មោះស្ថាប័ន _____

ថ្ងៃណាត់ជួបលើកក្រោយ ___/___/___

ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សា _____

ទម្រង់តាមដានសម្រាប់អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាជន កុមារ និងក្មេងជំងឺ អាយុពី ០-១៩ឆ្នាំ

ព័ត៌មានទូទៅ			
១. ថ្ងៃពិនិត្យ ___/___/___	២. ក. ឈ្មោះកុមារ _____ ខ. ភេទកុមារ (គូសv) <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស គ. អាយុ _____ ឆ្នាំ		
៣. អាណាព្យាបាល/ត្រូវជា:		៤. អាស័យដ្ឋាន:	
៥. ក. ស្ថានភាពមេរោគអេដស៍របស់កុមារ: <input type="checkbox"/> វិជ្ជមាន <input type="checkbox"/> អវិជ្ជមាន <input type="checkbox"/> ប្រឈមនឹងមេរោគអេដស៍ <input type="checkbox"/> មិនដឹង <input type="checkbox"/> មិនបង្ហាញ/រក្សាសម្ងាត់ ខ. ថ្ងៃពិនិត្យសុខភាពចុងក្រោយបំផុត ___/___/___			
ជំហានទី ១ និង២: វាយតម្លៃ និងវិភាគ			
ការវាយតម្លៃសុខភាព និងរូបរាងកាយ			
៦. បញ្ហាដែលអាណាព្យាបាលកុមារបានប្រាប់:		៧. ក. កំពុងប្រើថ្នាំ ARV? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ខ. កំពុងប្រើថ្នាំ OI? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ គ. បានលេបថ្នាំ ARV ទៀងទាត់តាំងពីថ្ងៃពិនិត្យចុងក្រោយ ឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
៨. ក. បើកុមារអាយុពី ០-៦ខែ តើមានហើមឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន	ខ. បើកុមារអាយុពី ៦-៥៩ខែ រង្វាស់ជុំវិញពាក់កណ្តាលដើមដៃ(MUAC) របស់កុមារ: _____ ស.ម	គ. បើកុមារអាយុពី ៥-១៩ឆ្នាំ ទម្ងន់កុមារបច្ចុប្បន្ន _____ គ.ក្រ កម្ពស់កុមារ _____ ម BMI តាមអាយុ = _____ ទម្ងន់លើកមុន _____ គ.ក ថ្ងៃថ្មី _____/____/____ ធៀបនឹងលើកមុន ទម្ងន់បច្ចុប្បន្នគឺ: <input type="checkbox"/> ដូចគ្នា <input type="checkbox"/> កើនឡើង <input type="checkbox"/> ថយចុះ	
៩. ស្ថានភាពអាហារូបត្ថម្ភ	ការវាយតម្លៃរាងកាយ (០-៦ខែ)	MUAC (6-59ខែ)	BMI តាមអាយុ (៥-១៩ឆ្នាំ)
<input type="checkbox"/> ធម្មតា	គ្មានហើម	ធំជាង ១២.៥ ស.ម	ធំជាង ឬស្មើ -២ SD
<input type="checkbox"/> កង្វះអាហារូបត្ថម្ភមធ្យម	គ្មានហើម	ធំជាង ឬស្មើ ១១.៥ ដល់ តិចជាង ឬស្មើ ១២.៥ ស.ម	ចន្លោះ: -៣ SD ទៅ -២ SD
<input type="checkbox"/> កង្វះអាហារូបត្ថម្ភធ្ងន់ធ្ងរ	ហើមទ្រុតជើងសងខាង (ត្រូវបញ្ជូន ទៅមណ្ឌលសុខភាព)	ហើមទ្រុតជើងសងខាង ឬមាន MUAC ឬតិចជាង ១១.៥ ស.ម	តិចជាង ឬស្មើ -៣ SD

ការបរិភោគអាហារ

១០. ជាធម្មតា តើកុមារបរិភោគអ្វីខ្លះជារៀងរាល់ថ្ងៃ? (គូស ✓ ក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម)

កុមារអាយុពី ០-៦ខែ

- បំបៅដោះសុទ្ធ? បាទ/ចាស ទេ
- បំបៅទឹកដោះគោជំនួស បាទ/ចាស ទេ
- បើកុមារបំបៅទឹកដោះម្សៅ តើបានលាយផ្សំតាមរូបមន្តត្រឹមត្រូវទេ? បាទ/ចាស ទេ
- មានអនាម័យដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

កុមារអាយុពី ៦-៥៩ខែ ឬកុមារ និងក្មេងជំទង់អាយុ៥-១៩ឆ្នាំ

	ពេលព្រឹក	ថ្ងៃត្រង់	ពេលល្ងាច	សម្រន់/ភេសជ្ជៈ
បាយ/គុយទាវ/ដំឡូង /នំប៉័ង/ពោត/ត្រាវ/ប្រេង/ស្ករ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
បន្លែ/ផ្លែឈើ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ត្រី/សាច់មាន់/សាច់ជ្រូក/ស៊ូត/តៅហ៊ី/សណ្តែកសៀង/សណ្តែកដី/ទឹកដោះគោ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ផ្សេងៗ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- បរិភោគអាហារពេល ក្នុង១ថ្ងៃប៉ុន្មានពេល? ០-១ ២ ៣ ៤ ៥
- បរិភោគអាហារសម្រន់ ក្នុង១ថ្ងៃប៉ុន្មានដង? ០-១ ២ ៣ ឬលើសពីនេះ
- សារធាតុរាវ (ក្រៅពីទឹក) ដែលបរិភោគ ក្នុង១ថ្ងៃ(លីត្រ)៖ ០-១ ២ ៣ ឬលើសពីនេះ
- បរិមាណទឹកបរិភោគ ក្នុង១ថ្ងៃ _____ កែវ
- ទឹកដោះគោ ឬសារធាតុបំប៉ន ក្នុង១ថ្ងៃ _____ កែវ (កុមារអាយុពី៦-៥៩ខែ)
- តើមានអាហារទាំងបីក្រុម (អាហារថាមពល ការពារនិង សាងសង់) នៅក្នុងអាហារពេលនីមួយៗដែរឬទេ? មាន គ្មាន
- បរិភោគអាហារដែលសំបូរជាតិដែក ដូចជា សាច់ក្រហម សាច់មាន់ សាច់ត្រី ស៊ូត សណ្តែក
- បន្លែដែលមានស្លឹកបៃតងដែរឬទេ? មាន គ្មាន

១១. របបអាហារ៖

របបអាហារ កុមារអាយុ០-៦ខែ៖

- ខ្លះខាត៖ មិនបានបំបៅដោះសុទ្ធ ឬបំបៅជំនួសដែលគ្មានសុវត្ថិភាព
- ល្អ៖ បំបៅដោះសុទ្ធ ឬបំបៅជំនួសមានសុវត្ថិភាព

របបអាហារ កុមារអាយុពី ៦-៥៩ ខែ

- ខ្លះខាត៖ អាហារ ឬអាហារសម្រន់តិចជាង ២ដងក្នុងមួយថ្ងៃ អាហារ១ក្រុម/ថ្ងៃ ទឹកដោះគោ០-១កែវ/ថ្ងៃ (សម្រាប់កុមារអាយុពី ៦-២៤ ខែ និងគ្មានការបំបៅដោះ)
- មធ្យម៖ អាហារ ២ពេល និងអាហារសម្រន់ ១-២ដង អាហារ១-២ក្រុម/ថ្ងៃ ទឹកដោះគោ ១-២កែវ/ថ្ងៃ (សម្រាប់កុមារអាយុពី ៦-២៤ ខែ និងគ្មានការបំបៅដោះ)
- ល្អ៖ យ៉ាងតិចអាហារ ៣ពេល និងអាហារសម្រន់ ១-២ ដង អាហារយ៉ាងតិច៣ក្រុម/ថ្ងៃ ទឹកដោះគោ យ៉ាងតិច២កែវ/ថ្ងៃ (សម្រាប់កុមារអាយុពី ៦-២៤ ខែ និងគ្មានការបំបៅដោះ)

របបអាហារ កុមារអាយុ ៥-១៩ឆ្នាំ

បរិមាណអាហារ អាហារសម្រន់ និងសារធាតុរាវ	គុណភាពអាហារ និងអាហារសម្រន់
<input type="checkbox"/> ខ្លះខាត៖ អាហារ០-១ពេល គ្មានអាហារសម្រន់ សារធាតុរាវតិចជាង១លីត្រ	បរិភោគអាហារ១-២ក្រុម ក្នុង១ថ្ងៃ
<input type="checkbox"/> មធ្យម៖ អាហារ២ពេល អាហារសម្រន់១ដង និង សារធាតុរាវ ១លីត្រ	បរិភោគអាហារ ៣ក្រុម ក្នុង១ថ្ងៃ
<input type="checkbox"/> ល្អ៖ យ៉ាងតិច អាហារ៣ពេល អាហារសម្រន់២ដង និងសារធាតុរាវ ២លីត្រ	បរិភោគចម្រុះមុខម្ហូប ពីអាហារ៣ក្រុម រាល់ពេល

ជំហានទី ៣ និង៤៖ ស្នើឃោមដល់ និងចរចា

១២. ដំបូន្មានគន្លឹះដែលអ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាផ្តល់ឱ្យ៖

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> បញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ | <input type="checkbox"/> ការលាងសម្អាតដៃ |
| <input type="checkbox"/> ចាប់ផ្តើមផ្តល់ចំណីអាហារដល់កុមារអាយុ៦-២៤ខែ | <input type="checkbox"/> សុវត្ថិភាពចំណីអាហារ |
| <input type="checkbox"/> ឱ្យអាហារដល់កុមារគ្រប់អាយុចូលរៀន និងយុវវ័យ | <input type="checkbox"/> អនាម័យមាត់ធ្មេញ |
| <input type="checkbox"/> លើកកំពស់ការលូតលាស់របស់កុមារដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ | <input type="checkbox"/> សញ្ញាគ្រោះថ្នាក់នៃការស្រកទម្ងន់ |
| <input type="checkbox"/> អាហារូបត្ថម្ភដល់ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ និងស្ត្រីបំបៅដោះដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ | <input type="checkbox"/> បង្កើនភាពឃ្លានជាមួយអាហារងាយទទួលទាន និងមានរស់ជាតិ |
| <input type="checkbox"/> ដំបូន្មានអំពីការបំបៅដោះ | <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានជំងឺរាក |
| <input type="checkbox"/> ដំបូន្មានអំពីការបំបៅទឹកដោះគោ | <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានកូតចង្កោរ |
| <input type="checkbox"/> ភាពស្លេកស្លាំង | <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានជំងឺផ្សិតក្នុងមាត់ |
| | <input type="checkbox"/> គ្រប់គ្រងពេលមានគ្រុនក្តៅ |

ជំហានទី៥៖ តាមដាន

១៣. ត្រួតពិនិត្យ និងតាមដានជាបន្តបន្ទាប់៖ ១ខែម្តង ៣ខែម្តង ៦ខែម្តង ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់ _____

កំណត់សម្គាល់ប្រើប្រាស់ទម្រង់តាមដាន
 អ្នកប្រើប្រាស់សំខាន់ៗមាន៖ បុគ្គលិកថែទាំសុខភាពតាមស្ថាប័ន (រួមទាំងគិលានុបដ្ឋាក និង វេជ្ជបណ្ឌិត និងធូប) បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាព និងបុគ្គលិកគ្លីនិកសេវាព្យាបាល OI ឬ ARV។
 គោលដៅសំខាន់ៗដែលត្រូវប្រើទម្រង់នេះ៖ កុមារ និងក្មេងវ័យជំទង់ដែលរស់នៅជាមួយមេរោគអេដស៍ ដែលមានអាយុក្រោម១៩ឆ្នាំ និងកុមារដែលនៅក្នុងគ្រួសារដែលរងផលប៉ះពាល់ដោយសារមេរោគអេដស៍។