

ပျက်ပြယ်သွားသော ပေါ်လစီအားအသက်သွင်းရန်လျှောက်ထားခြင်း

ပေါ်လစီအမှတ် _____

အာမခံထားသူ

အမည် _____ မှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

ပေါ်လစီပိုင်ရှင်

ပေါ်လစီပိုင်ရှင်သည် အာမခံထားသူမဟုတ်ပါက အောက်ပါ အချက်အလက်များ ဆက်လက်ဖြည့်စွက်ပေးပါရန်။

အမည် _____ မှတ်ပုံတင်အမှတ် _____

အာမခံထားသူ ကျွန်ုပ်တို့သည် အထက်ပါပေါ်လစီအား ပြန်လည်အသက်သွင်းလိုပြီး ကျွန်ုပ်တို့၏ လက်ရှိကျန်းမာရေး အခြေအနေအား အောက်ပါအတိုင်း ဖွင့်ဟဝန်ခံလိုက်ပါသည်။

အာမခံထားသူ၏ ကျန်းမာရေးဖွင့်ဟဝန်ခံချက်

(“Yes” ဟုဖြေဆိုထားပါက သက်ဆိုင်ရာ အဖြေကို မျဉ်းတားပြီး စာရွက်စာတမ်းများ (ခါတ်ခွဲခန်းအဖြေ၊ ဆေးရုံဆင်း လက်မှတ်၊ တစ်သျှူးအဖြေလွှာ အစရှိသည်တို့) ပူးတွဲတင်ပြရန် လိုအပ်ပါသည်။)

1.	အာမခံထားသူသည် အောက်တွင်ဖော်ပြထားသော ဝေဒနာများ ခံစားနေခဲ့ခြင်း ရှိနေသည်(သို့) ရှိခဲ့ပါသလား?	Yes	No
a.	လွန်ခဲ့သော(၃)လအတွင်း ကိုယ်အလေးချိန်(၆)ပေါင်နှင့်အထက် လျော့ကျခြင်းရှိခဲ့ပါသလား? (ရှိခဲ့လျှင်အလေးချိန် ပမာဏ) _____ အကြောင်းအရာ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b.	ဦးခေါင်း၊ ရင်ဘတ်၊ဝမ်းဗိုက် (သို့) အခြားအစိတ်အပိုင်းများအား ခွဲစိတ်ကုသခြင်း? (အကြောင်းအရာ၊ ကုသမှုခံယူခြင်း၊ အဖြေလွှာ အစရှိသည်)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c.	မျက်စိမမြင်ခြင်း၊ အမြင်အာရုံ လျော့နည်းခြင်း၊ နားမကြားခြင်း၊ အကြားအာရုံ ချို့ယွင်းခြင်း၊ ဆွံ့အခြင်း? (အကြောင်းပြချက် နှင့် ဘယ် (သို့) ညာ)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d.	နှလုံးနှင့်ဆိုင်သောရောဂါ - နှလုံးခုန် မမှန်ခြင်း၊ သွေးတိုးရောဂါ၊ နှလုံးရောဂါကြောင့် ပျို့အန်ခြင်း၊ နှလုံးသွေးကြော ကျဉ်းခြင်း၊ ကိုယ်လက်လှုပ်ရှားသည့်အခါ ရင်ခေါင်းတွင်စူးအောင့်ခြင်းနှင့် အခြားနှလုံးရောဂါ(သို့) နှလုံးနှင့်သွေးကြောစနစ်များ မူမမှန်ခြင်း?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e.	အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာမူမမှန်ခြင်း-(တီဘီရောဂါ၊ပန်းနာရင်ကြပ်၊ နာတာရှည်အဆုတ်ရောဂါ၊ အသက်ရှူလမ်းကြောင်း ဆိုင်ရာရောဂါ အစရှိသည်တို့)နှင့် ချောင်းဆိုးလျှင်သွေးပါခြင်း၊ (၁)လထက်ပို၍ချောင်းဆိုးခြင်း၊ အသက်ရှူမဝခြင်း၊ စကားပြော ရန်ခက်ခဲခြင်း၊ အခြားအသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ ပြဿနာများရှိခြင်း?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f.	အစာချေလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာရောဂါ၊ အသည်း (သို့) သည်းခြေအိတ်ဆိုင်ရာရောဂါများ-(အသည်းခြောက်ရောဂါ၊ အသည်းရောင် အသားဝါတီပိုး/စီပိုး၊ အသည်းကြီးခြင်း၊ သည်းခြေအိတ်ရေတည်ခြင်း၊သည်းခြေကျောက်တည်ခြင်း၊အသားဝါရောဂါ၊အစားအစာ မျိုချရန်ခက်ခဲခြင်း၊ ဝမ်းသွားသွေးပါခြင်း၊ သွေးအန်ခြင်း၊ အစာအိမ်အနာ၊ သရက်ရွက်ကြီးခြင်း၊ အသည်းရောဂါ (သို့) အခြားမူမမှန်ခြင်း၊ အခြားအစာခြေစနစ် ဆိုင်ရာရောဂါ (သို့) မူမမှန်ခြင်း?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g.	ဦးနှောက်နှင့်အာရုံကြောဆိုင်ရာရောဂါများ -အာရုံကြောဆိုင်ရာ သွေးလည်ပတ်မှုမမှန်ခြင်းကြောင့် ခန္ဓာကိုယ်မလှုပ်ရှားနိုင်ခြင်း၊ သွက်ချာပါဒ်၊ သတိမေ့ခြင်း၊ အတက်ရောဂါ၊ မှတ်ဉာဏ်ဆုံးရှုံးမှု၊ ဝက်ရူးပြန်ရောဂါ၊ အခြားဖော်ပြထားခြင်းမရှိသောဦးနှောက်နှင့် အာရုံကြောဆိုင်ရာ ပြဿနာများ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h.	စိတ်ကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ အခြေအနေများ (စိတ်ကစဉ့်ကလျား ရောဂါ၊ စိတ်ကျရောဂါ)နှင့် အခြားစိတ်ပိုင်းဆိုင်ရာရောဂါများ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

i.	ကျောက်ကပ်ဆိုင်ရာရောဂါများ (ကျောက်ကပ်အလုပ်မလုပ်ခြင်း၊ ကျောက်ကပ်တွင် အကျိတ်တည်ခြင်း၊ ကျောက်ကပ်တွင် ကျောက်တည်ခြင်း၊ အစရှိသည်) ခြေလက်ဖောယောင်ခြင်း၊ ဆီးတွင်းသွေး (သို့)ပရိုတိမ်းခါတ်ပါခြင်း၊ ဆီးကျိတ်ရောဂါ (သို့) ဆီးအိတ်မူမမှန်ခြင်း၊ အခြားဖော်ပြထားခြင်းမရှိသော ဆီးလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာ ရောဂါများ?	Yes <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>
j.	ဆီးချိုရောဂါ၊ လည်ပင်းကြီးရောဂါ၊ သိုင်းရွိုက်ဟော်မုန်း နှင့်အခြားဟော်မုန်းစနစ် မူမမှန်ခြင်းများ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k.	သွေးသွင်းခြင်း၊ သွေးအားနည်းရောဂါ၊သွေးကင်ဆာ၊ ရိုးတွင်းခြင်ဆီရောဂါ၊သွေးခဲ/ပျစ်/ကျခြင်း၊ နှာခေါင်းသွေးယိုခြင်း၊အရေပြား အတွင်းသွေးယိုခြင်းနှင့်အခြားဖော်ပြထားခြင်းမရှိသော သွေးနှင့်သက်ဆိုင်သည့်ရောဂါ(သို့)သွေးဖြူဆိုင်ရာရောဂါ အစရှိသည်?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l.	ကြွက်သား၊ အရိုးနှင့် အဆစ်နေရာများတွင်ဖြစ်ပေါ်သော ရောဂါများ -ခြေလက်များတွင်ဖြတ်တောက် ကုသထားခြင်း၊ ပိုလီယိုရောဂါ၊ အကြောသေရောဂါ၊ ကြွက်သားသိမ်သွားခြင်း၊ အဆစ်အမြစ်ရောင်ရောဂါ၊ ဒူးလာရောဂါ၊ ဂေါက်ရောဂါ၊ ကြွက်သားတွင် ဖြစ်ပေါ်နိုင်သော အခြားရောဂါ လက္ခဏာများရှိခြင်း?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m.	အရေပြားရောဂါများ (SLEရောဂါ၊ အင်ပြင်ထခြင်း၊ အစရှိသည့် အခြားရောဂါများ)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n.	ကင်ဆာရောဂါများ၊ အလုံးအကျိတ်များ -လည်ပင်း၊ ရင်သား၊ ဂျှိုင်း၊ ပေါင်အစရှိသည်တို့တွင် အလုံးအကျိတ် (သို့) ကင်ဆာရှိခြင်း နှင့်အခြားမည်သည့် ကိုယ်ခန္ဓာအစိတ်အပိုင်းတွင်မဆိုရှိသော သာမန်(သို့)ကင်ဆာဖြစ်စေနိုင်သောအလုံး၊ အကျိတ်၊အသားပို၊ အရည်အိတ်များရှိခြင်း?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o.	ခါတ်ခွဲခန်းတွင် စစ်ဆေးထားသည့်ဆေးစစ်ချက်များ - ဆီး၊ သွေး၊ နှလုံး၊ သားအိမ်ခေါင်း/ရင်သားကင်ဆာ၊ ခါတ်မှန်ရိုက်ခြင်း၊ CT scanဖတ်ခြင်း၊ MRI ရိုက်ခြင်း၊ ဝမ်းတွင်းမှန်ပြောင်းဖြင့်ကြည့်ခြင်း၊ အသားစယူစစ်ဆေးခြင်းစသည့် ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးခြင်း? (ရိုပါက စစ်ဆေးမှုခံယူခဲ့သည့်နေ့ရက်၊ စစ်ဆေးချက်အဖြေများ အသေးစိတ်ဖော်ပြပေးရန်)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p.	အခြားရောဂါများရှိပါသလား? (ရိုပါက တိကျသောရောဂါစစ်ဆေးမှု၊ ရောဂါကြာမြင့်ချိန်၊ ကုသမှုခံယူခြင်းအခြေအနေ၊ နောက်ဆက်တွဲရလဒ်များ အစရှိသည်တို့ကို ဖြေဆိုပေးရန်)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	လွန်ခဲ့သည့် ၅နှစ်အတွင်း အာမခံထားသူသည် ရောဂါရှာဖွေစမ်းသပ်ခြင်း၊ ကုသခြင်း၊ ဆရာဝန်(သို့)ဆေးရုံ/ခန်းများသို့ သွားရောက်စစ်ဆေး၊ ကုသမှုခံယူခြင်း ဆွေးနွေးတိုင်ပင်ခြင်းများရှိခဲ့ပါသလား?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	အာမခံထားသူ(သို့)အာမခံထားသူ၏ အိမ်ထောင်ဘက်တွင်ရောဂါကူးစက်နိုင်သော (HIV/AIDS/Bပိုး/Cပိုး၊ ကာလသားရောဂါနှင့် ဆက်စပ်ရောဂါများ) ရှာဖွေစစ်ဆေးခြင်း (သို့) တွေ့ရှိခြင်းများ ရှိဖူးပါသလား?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	အမျိုးသမီးများသာ ဖြေဆိုရန်		
a)	အာမခံထားသူသည် ကိုယ်ဝန်ဆောင်ထားပါသလား? မီးဖွားမည့်နေ့စွဲ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b)	သားအိမ်နှင့်ဆိုင်သော ရောဂါများ၊ သားအိမ်မူမမှန်ခြင်း၊ ဓမ္မတာလာချိန်မမှန်ခြင်း/နည်းခြင်း /များခြင်း၊ သွေး/အဖြူဆင်းခြင်း၊ သွေးအရောင်မူမမှန်ခြင်းများရှိပါသလား?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5.	အောက်ပါမေးခွန်းများကို ဖြေဆိုပေးပါ။	
၁.	အာမခံအဆိုလွှာလျှောက်ထားသူသည် လွန်ခဲ့သည့်(၂)ပတ်အတွင်း နိုင်ငံရပ်ခြားမှ မြန်မာနိုင်ငံသို့ ပြန်လည်ဝင်ရောက်ထားခြင်း ရှိပါသလား။ “Yes” ဟုဖြေဆိုထားပါက သွားရောက်ခဲ့သည့် နိုင်ငံ၊ မြို့နယ်နှင့်အတူ လေကြောင်း၊ သင်္ဘော၊ ကားစသည်တို့၏ အမည်၊ ခရီးစဉ်အမှတ်၊ အချိန်စသည်တို့ကို အတိအကျဖော်ပြပေးပါရန်။	[] Yes [] No
၂.	အာမခံအဆိုလွှာလျှောက်ထားသူသည် Covid-19 ရောဂါပိုးကူးစက်ခံထားရသူ၊ သံသယရှိသူ၊ အသွားအလာကန့်သတ်ခံထားရသူတို့နှင့် (၁)လအတွင်း ထိတွေ့ဆက်ဆံခြင်းရှိပါသလား။ “Yes” ဟုဖြေဆိုထားပါက အာမခံလျှောက်ထားသူနှင့် ထိတွေ့ခဲ့သူ၏ အမည်၊ ဖုန်းနံပါတ်၊ အချိန်နှင့် နေရာတို့ကို အတိအကျဖော်ပြပေးပါရန်။	[] Yes [] No
၃.	အာမခံအဆိုလွှာလျှောက်ထားသူသည် တုပ်ကွေးရောဂါ၊ ဖျားနာ၊ ချောင်းဆိုး၊ နှာစေး၊ နှာရည်ယို၊ အနံ့ပျောက်၊ အရသာပျောက် စသည့် လက္ခဏာများကို (၃)လအတွင်း ခံစားရခြင်းရှိပါသလား။ “Yes” ဟုဖြေဆိုထားပါက ရောဂါလက္ခဏာအသေးစိတ်နှင့် ဖြစ်ပွားသည့်အချိန်တို့ကို အသေးစိတ်ဖော်ပြပေးပါရန်။	[] Yes [] No
၄.	အာမခံအဆိုလွှာလျှောက်ထားသူသည် COVID ရောဂါခံစားရခြင်းနှင့် ဆေးကုသမှုခံယူခြင်း သို့မဟုတ် နေထိုင်မကောင်းသဖြင့် ဆေးရုံ၊ ဆေးခန်းနှင့် ဆရာဝန်များထံသို့ (၃)လအတွင်း တွေ့ဆုံဆွေးနွေးကုသမှု ခံယူခြင်းရှိပါသလား။ “Yes” ဟုဖြေဆိုထားပါက ရောဂါလက္ခဏာအသေးစိတ်နှင့် အချိန်၊ ကုသမှုခံယူခဲ့သည့် မှတ်တမ်းများကို ပူးတွဲဖော်ပြပေးပါရန်။	[] Yes [] No

အထက်ပါမေးခွန်းတစ်ခုခု၌ “Yes” ဟု ဖြေဆိုထားပါက အောက်ပါ ဇယားတွင် အသေးစိတ် ဖြေဆိုပေးပါရန်။

အာမခံထားသူအမည်	မေးခွန်းနံပါတ်	အချိန်ကာလ	“Yes” ဟုဖြေဆိုထားသောရောဂါအမည်၊ မတော်တဆမှု၊ အခြားကျန်းမာရေး ပြဿနာများ၊ ရောဂါခံစားခဲ့ရသည့်အချိန်အတိုင်းအတာ၊ ဆေးကုသမှုခံယူခြင်း၊ ရလဒ် အခြေအနေများကို အသေးစိတ်ဖော်ပြပေးပါရန်နှင့် သက်ဆိုင်ရာစာရွက်စာတမ်းများ ပူးတွဲတင်ပြပေးပါရန်။

ကြိုတင်သဘောတူညီချက်

ပျက်ပြယ်သွားသော ပေါ်လစီကို ပြန်လည်အသက်သွင်းရန် လျှောက်ထားခြင်းအားဖြင့် မူရင်းအဆိုလွှာပါ စည်းကမ်းချက်များ နှင့် သဘောတူညီချက်များ နှင့် ပေါ်လစီစာချုပ်ပါ အခွင့်အရေးများ၊ စည်းကမ်းချက်များနှင့် သဘောတူညီချက်များ အားလုံးကို နားလည်သိရှိ၍ ဆက်လက်အတည်ပြုလက်ခံပါသည်ဟု သတ်မှတ်ပါသည်။

မူရင်းအဆိုလွှာနှင့် ပေါ်လစီစာချုပ်ပါ စည်းကမ်းချက်များ အားလုံးသည် ဆက်လက်တည်မြဲ၍ အကြိုးဝင်ပါသည်။

ပေါ်လစီပိုင်ရှင်

အမည်

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေရာ

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့စွဲ

လက်မှတ်(ပထမအကြိမ်)

လက်မှတ်(ဒုတိယအကြိမ်)

အာမခံထားသူ

အမည်

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေရာ

လက်မှတ်ရေးထိုးသည့်နေ့စွဲ

လက်မှတ်(ပထမအကြိမ်)

လက်မှတ်(ဒုတိယအကြိမ်)

ကိုယ်စားလှယ်အမည်

ကိုယ်စားလှယ်အမှတ်

လက်မှတ်
