

## សេចក្តីពន្យល់ណែនាំអ្នកជំងឺ

I. ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ខែថ្ងៃឆ្នាំនៃសំបុត្រទិញថ្នាំពេទ្យ \_\_\_\_\_

គោលបំណងនៃថ្នាំពេទ្យ: \_\_\_\_\_

ឈ្មោះនៃសំបុត្រទិញថ្នាំពេទ្យ \_\_\_\_\_

a. ចំនួន \_\_\_\_\_ e. សំបុត្រទិញថ្នាំពេទ្យទៀតបំពេញនៅ \_\_\_\_\_

b. កំឡាំង \_\_\_\_\_

c. ខែថ្ងៃឆ្នាំផុតកំណត់ប្រើ \_\_\_\_\_

d. ចូរកុំលេបជាមួយ \_\_\_\_\_ f. ការយកថ្នាំពេទ្យទៀត \_\_\_\_\_

II. របៀបប្រើថ្នាំ (លេបថ្នាំដូចបានបង្ហាញដោយគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ឬឱសថការ)

តើលេបដោយរបៀបណា?

- ត្រូវលេបថ្នាំ \_\_\_\_\_ គ្រាប់មូល / គ្រាប់មូលទ្រវែង រៀងរាល់ \_\_\_\_\_ ម៉ោង / ថ្ងៃ ; កុំលេបឲ្យលើស \_\_\_\_\_ គ្រាប់មូល ឬគ្រាប់មូលទ្រវែង ក្នុងរយៈពេល 24 ម៉ោង ឬត្រូវលេបដូចបានបង្ហាញដោយគ្រូពេទ្យ ។
- លេបថ្នាំជាមួយ : ទឹកមួយកែវពេញ / ជាមួយម្ហូប ឬគ្មានម្ហូប / បកស្រោមចេញ / ដាក់ថ្នាំឱ្យរលាយនៅក្រោមអណ្តាត / ជញ្ជក់ថ្នាំ / បកស្រោមចេញ រួចសុលថ្នាំចូលតាមបាត / បកស្រោមចេញ រួចស៊ីកថ្នាំចូលតាមទ្វារយោនី / លេបថ្នាំជាមួយម្ហូប ឬគ្មានម្ហូប ។
- កុំបំបែកគ្រាប់ថ្នាំ ឬកិនថ្នាំឱ្យខ្ទេច លុះត្រាតែបានពន្យល់ណែនាំដោយវេជ្ជបណ្ឌិត ឬឱសថការ ។

តើលេបនៅពេលណា?

- លេបថ្នាំ : នៅពេលពុំមានអ្វីនៅក្នុងក្រពះ / ក្រោយពេលញាំអាហារហើយ / មុនពេលញាំអាហារ / នៅព្រមពេលញាំអាហារ ។
- លេបថ្នាំ : នៅពេលព្រឹក / នៅពេលចូលដំណេក / គ្មានពាក់ព័ន្ធពេលវេលាទេ ។

តើត្រូវលេបថ្នាំជាយូរប៉ុណ្ណា?

- ឈប់លេបបន្ទាប់ពី : អស់ទាំងអស់ / \_\_\_\_\_ ថ្ងៃ (ខែថ្ងៃឆ្នាំ) / ដូចបានបង្ហាញដោយគ្រូពេទ្យ ។

III. ការប្រាប់ឱ្យប្រយ័ត្នទុកជាមុន :

- ត្រូវធ្វើប្រាកដថា ឱសថការរបស់អ្នកដឹងអំពីថ្នាំពេទ្យទាំងអស់ និងថ្នាំធ្វើផ្សំពីរុក្ខជាតិដែលអ្នកកំពុងតែលេប ដើម្បីជៀសវាងនូវការប្រតិកម្មថ្នាំ
- ចូរកុំចែកថ្នាំពេទ្យទៅឱ្យអ្នកដទៃទៀតលេប
- ចូរកុំលេបថ្នាំពេទ្យដែលអ្នកកំពុងតែលេប ជាមួយថ្នាំពេទ្យដទៃទៀត ឬជាមួយថ្នាំធ្វើផ្សំពីរុក្ខជាតិ
- ចូរកុំឈប់លេបថ្នាំ នៅមុនដល់កំណត់ខែថ្ងៃឆ្នាំដែលបានបញ្ជាក់ ឬចំនួនកំរិតថ្នាំដែលបានបញ្ជាក់ដោយឱសថការ ឬគ្រូពេទ្យ
- ត្រូវគ្រវាត់ចោល នូវដបថ្នាំពេទ្យណាដែលផុតកំណត់ខែថ្ងៃឆ្នាំឱ្យប្រើ
- ត្រូវរក្សាទុកដាក់ថ្នាំពេទ្យ ឱ្យផុតពីដៃក្មេងលោងដល់ / ចូរកុំឱ្យថ្នាំពេទ្យទៅកូនក្មេងលេប
- ចូរកុំលេបថ្នាំពេទ្យឱ្យលើសកំរិតដែលគ្រូពេទ្យ ឬឱសថការបានបង្ហាញឱ្យលេប ។ បើមានការខ្លាចញាប់ញ័រ វិលមុខ ឬសំរាន្តមិនលក់ បានកើតឡើង នោះត្រូវឈប់ប្រើថ្នាំ ហើយទូរស័ព្ទទៅគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក
- ចូរកុំលេបថ្នាំនៅពេលកំពុងបើកបររថយន្ត ឬនៅពេលកំពុងប្រើគ្រឿងម៉ាស៊ីន កាលបើឱសថការ ឬគ្រូពេទ្យបានបង្ហាញ
- ត្រូវជៀសវាងនូវគ្រឿងស្រវឹង ថ្នាំរំងាប់ចិត្ត ឬថ្នាំធ្វើឱ្យសំរាន្តលក់ នៅពេលកំពុងតែលេបថ្នាំពេទ្យនេះ ។

\* បើអ្នកមិនដឹងច្បាស់លាស់ ថា តើហេតុអ្វីបានជាអ្នកកំពុងតែលេបថ្នាំពេទ្យនេះ ឬបើអ្នកត្រូវលេបថ្នាំពេទ្យនេះជាយូរប៉ុណ្ណា នោះត្រូវតែសាកសួរគ្រូពេទ្យរបស់អ្នក ឬឱសថការ ។ បើអ្នកមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេសបាន ត្រូវស្នើសុំឱ្យមានអ្នកបកប្រែភាសាម្នាក់ ។

## ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_ ភេទ: \_\_\_\_\_ ខែ/ថ្ងៃឆ្នាំ: \_\_\_\_\_  
 ខែ/ថ្ងៃឆ្នាំកំណើត: \_\_\_\_\_  
 លេខទូរស័ព្ទរបស់អ្នកជំងឺ: \_\_\_\_\_  
 ឱសថស្ថាន / មន្ទីរពិនិត្យព្យាបាល: \_\_\_\_\_  
 ភាសារបស់អ្នកជំងឺ: \_\_\_\_\_ កំពស់: \_\_\_\_\_ ទម្ងន់: \_\_\_\_\_

**ប្រវត្តិអ្នកជំងឺ នៅពេលបច្ចុប្បន្ន និងកាលពីពេលកន្លងទៅ**

- តើជំងឺរបស់អ្នក? \_\_\_\_\_ កណ្តាប់ក្នុងមួយថ្ងៃ
- តើពិសាក្រឡឹងស្រវឹងឬទេ? \_\_\_\_\_ ជឹក (កែវឬដប) ក្នុងមួយថ្ងៃ
- តើបានប្រើគ្រឿងញៀនឬទេ? (ដូចជា កញ្ឆា ឬកូកាអ៊ីន ជាដើម) \_\_\_\_\_
- សូមសរសេរឈ្មោះថ្នាំពេទ្យ / ថ្នាំធ្វើផ្សំពីរុក្ខជាតិ ដែលអ្នកកំពុងតែលេបនៅពេលឥឡូវនេះ ឬក៏បានលេបក្នុងពេលដែលកន្លងទៅ :  
 \_\_\_\_\_
- តើនៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះ អ្នកកំពុងតែលេបថ្នាំពេទ្យ សំរាប់ :  
 a.) បង្ការកុំឱ្យមានកូនឬទេ? បាទ / ទេ សូមសរសេរ : \_\_\_\_\_  
 b.) អារការរោគអស់ធ្លាក់រដូវឬទេ? បាទ / ទេ សូមសរសេរ : \_\_\_\_\_  
 c.) វិធីព្យាបាលជំនួសជាតិអ័រម៉ូនឬទេ? បាទ / ទេ សូមសរសេរ : \_\_\_\_\_
- តើការធ្លាក់រដូវជាចុងក្រោយបង្អស់ពីកាលណា? \_\_\_\_\_ ថ្ងៃកន្លងទៅ  
 a) លែងមានធ្លាក់រដូវទៀតហើយឬ? បាទ / ទេ បើធ្វើយថាបាទ តើវាមកពីការរះកាត់ \_\_\_\_\_ ឬតើវាជាធម្មជាតិ \_\_\_\_\_
- តើមានប្រតិកម្មនឹងអ្នបអាហារ / ថ្នាំពេទ្យឬទេ? \_\_\_\_\_

សូមត្រួតពិនិត្យ បើនៅពេលបច្ចុប្បន្ននេះអ្នកកំពុងតែមាន ឬធ្លាប់មានកាលពីពេលកន្លងទៅ នូវអាការរោគណាមួយនៅខាងក្រោម :

___ រោគខ្លះកោសិកាឈាមក្រហម ___ ការឈឺចង្កេះ (ខ្នង) ___ ការកកឈាម / រោគរលាកសរសៃឈាម ___ បញ្ហាពោះវៀន / រោគរលាកពោះវៀនធំ ___ បញ្ហាដោះ ___ ការជាំសាច់ដោយងាយ ___ រោគមហារីក ___ ការឈឺក្នុងទ្រូង ___ រោគរលាកប្រស្រីភ្នែក ឬបច្ចុប្បន្ននោះ ឬក៏យោធី ___ ការស្រយុតចិត្ត ឬបញ្ហាផ្នែកខាងផ្លូវសតិអារម្មណ៍ដ៏ធ្ងន់ធ្ងរ ___ រោគទឹកនោមផ្អែម ___ រោគប្រមាត់ ___ រោគកើតពីតំណពូជ ___ រោគប្រមេះ ___ បញ្ហារោគបេះដូង ___ រោគហើមថ្លើម ___ រោគពងបែកក្នុងមាត់ ឬក្នុងប្រដាប់បន្តពូជ (វិរុសហ៊ីព) ___ រោគឡើងសំពាធឈាម ___ ការមានខ្លាញ់ឡើងច្រើនក្នុងឈាម (ត្រឡប់ស្ទើរវិល) ___ ការមានខ្លាញ់ត្រីមីស៊ីរីដ ___ រោគ HIV / AIDS ___ រោគខូចដំរងនោម	___ រោគថ្លើម ___ រោគឈឺប្រកាំង (ឈឺមួយចំហៀងក្បាល) ___ រោគពុកអ្នឹង ___ ការប្រកាច់ / រោគស្កន់ (ស្កន់ប្រូត) ___ ការពិបាកដកដង្ហើមជាមួយរំពេច ___ រោគស្បែក ___ បញ្ហារោគក្រពះ? រោគដំបៅក្រពះ ___ រោគដាច់សរសៃឈាមក្នុងខួរក្បាល ការហើមកង្ហើមទាំងពីរ ___ រោគស្វាយ ___ បញ្ហារោគក្រពេញទឹកអ៊ីដ ___ រោគរលាក ___ រោគរលាកដំរងនោម ___ បញ្ហាខាងចក្ខុប្រសាទ ការរះកាត់នៅពេលកន្លងមក : បែបអ្វី _____ មូលហេតុ _____ ផ្សេងៗទៀត _____
--	--

លេខទូរស័ព្ទទាក់ទងនៅពេលអាសន្ន / មនុស្សសំរាប់ទាក់ទង \_\_\_\_\_

**សេចក្តីកំណត់ :**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---