



បញ្ជីផ្ទៀងផ្ទាត់ជំនាញគ្លីនិកលើទម្រង់ការមុនពេលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ របស់សាកលវិទ្យាល័យវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាល និងវិទ្យាស្ថានវិទ្យាសាស្ត្រសុខាភិបាលកងយោធពលខេមរភូមិន្ទ (Pre-Conception Checklist)

❖ ការគិតអំពីការចង់មានកូន៖

- រឿងមួយចំនួនដែលត្រូវពិភាក្សារវាងអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំសុខភាព(ឆ្មប) និង ស្ត្រីបម្រុងមានផ្ទៃពោះ

ប្រវត្តិរបស់ស្ត្រី (Women Background)			
- ឈ្មោះស្ត្រី (Name)	_____		
- អាយុ (Age)	_____		
- មុខរបរ (Occupation)	_____		
- ឈ្មោះប្តី (Husband's name)	_____		
- អាយុ (Age)	_____		
- មុខរបររបស់គាត់ (His occupation)	_____		
ប្រវត្តិផ្នែកសម្ភព (បើមាន, សូមបញ្ជាក់...) (Obstetric History)			
- ចំនួនកូន (Gravida)	.....	.....	.....
- កូនកើតរស់ (Living children)	.....	.....	.....
- កូនគ្រប់ខែ (Term)	បាទ/ទេ (Yes/No)	.....	.....
- រលូត (Abortion)	បាទ/ទេ (Yes/No)	.....	.....
- រំលូត (Miscarriages)	បាទ/ទេ (Yes/No)	.....	.....
- កូនស្លាប់ក្នុងផ្ទៃ (Stillbirths)	បាទ/ទេ (Yes/No)	.....	.....
- ជម្ងឺឆ្លង (Transmitted disease)	បាទ/ទេ (Yes/No)	.....	.....
- ផ្សេងៗ (Other) .....			
ប្រវត្តិនៃការប្រើប្រាស់ថ្នាំ និង កត្តាដំណរពូជ (បើមាន, សូមបញ្ជាក់...) Medical and genetic history (If Yes, Please specify)			
- ជម្ងឺលើសសម្ពាធឈាម (High blood pressure)	.....	.....	.....
- ជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម (Diabetes)	.....	.....	.....
- ជម្ងឺបេះដូង (Heart disease)	បាទ/ទេ (Yes/No)	.....	.....
- ជម្ងឺរីបក្តិគ្រាប់ឈាម (Thalassemia)	បាទ/ទេ (Yes/No)	.....	.....

- ជម្ងឺ Down syndrome	បាទ/ចា (Yes/No)	.....
- ជម្ងឺរីបក្តិកំណកឈាម (Hemophilia)	បាទ/ចា (Yes/No)	.....
- មានដុំសាច់ប្រភេទធម្មតា (Benign Neoplasms)	បាទ/ចា (Yes/No)	.....
- ការវះកាត់ប្រព័ន្ធបន្តពូជ (Reproductive system surgery)	បាទ/ចា (Yes/No)	.....
- វិធីពន្យារកំណើត (Contraceptive method)	បាទ/ចា (Yes/No)	.....
- ការប្រើប្រាស់ថ្នាំផ្សេងៗ (Medication)	បាទ/ចា (Yes/No)	.....
- ការទទួលទានថ្នាំគ្រាប់ជាតិដែក (Taking folic acid supplementation)	បាទ/ចា (Yes/No)	.....
- ផ្សេងៗ (Other).....		.....

**វដ្តរយាមដូវ (Menstruation Cycle)**

- អាយុចាប់ផ្តើមមានរយាមដូវ(Age of menarche)	.....
- ចំនួនថ្ងៃនៃវដ្តរយាមដូវ (Days of menstruation cycle )	.....
- ចំណុះរយាមដូវ (Volume)	.....
- រយៈពេលនៃការមករយាមដូវ(Duration)	.....
- ភាពទៀងទាត់នៃវដ្តរយាមដូវ (Regulation of menstruation)	បាទ/ចា (Yes/No) .....
- ផ្សេងៗ (Other).....	.....

**ទំងន់ខ្លួនធៀបនឹងកំពស់ (BMI) (Body Mass Index)**

ទម្ងន់ (Weigh).....	កម្ពស់ (High).....
<input type="checkbox"/> BMI តិចជាង 18.5 (ទម្ងន់ទាប) <input type="checkbox"/> BMI 18.5 to 24.9 (ទម្ងន់ធម្មតា ឬទម្ងន់ស្ថិតក្នុងសុខភាពល្អ) <input type="checkbox"/> BMI 25.0 to 29.9 (ទម្ងន់លើសស្តង់ដារ)	

**ការពិនិត្យរាងកាយ (បើមាន ឬ មិនល្អ សូមបញ្ជាក់...)  
(Physical Examination (If Yes or Bad, Please Specify))**

សញ្ញាជីវិត (Vital signs)	
- កំដៅ (Body temperature )	.....
- ដីតចរ (Pulse rate )	.....
- ចង្វាក់ដង្ហើម (Respiration rate (rate of breathing))	.....
- សម្ពាធឈាម(Blood Pressure )	.....



- សញ្ញាជីវិត (Vital signs)	ល្អ/មិនល្អ(Good/bad)	.....
- ទ្វាមាស (Vaginal)	ល្អ/មិនល្អ (Good/bad)	.....
- ស្ដេកស្ដាំង (Anemia)	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- ផ្សេងៗ (Other).....		
<b>ការចាក់វ៉ាក់សាំង (Vaccination)</b>		
- តេតាណុស (Tetanus)	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- ខាន់ស្លាក់ (Diphtheria)	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- រលាកថ្លើមប្រភេទ បេ (Hepatitis B)	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- កញ្ជ្រើល,ស្លូច,សាឡាទែន (MMR)	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- អុកស្វាយ (Chickenpox)	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- មហារីកមាត់ស្បូន (HPV)	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- ចាក់វ៉ាក់សាំងកូវីដ-១៩ (Covid-19 Vaccination)	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- ផ្សេងៗ (Other).....		
<b>របៀបរស់នៅឲ្យមានសុខភាពល្អ</b>		
- ជក់បារី (Smoking)	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- សេពគ្រឿងស្រវឹង (ស្រាបៀស្រាគ្រហម.....) (Alcohol Using (Beer, wine.....))	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- ប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន (Drug abuse)	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- ធ្វើលំហាត់ប្រាណទៀងទាត់ (Exercise regularly)	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- ញ៉ាំទឹកបានគ្រប់គ្រាន់ (Drinking plenty of water)	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- រហូបអាហារចម្រុះមុខគ្នា (Eating a variety of food)	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- គេងបានគ្រប់គ្រាន់ (យ៉ាងតិច៦ម៉ោង) (Enough Sleep (At least 6hours))	បាស់/ទេ (Yes/No)	.....
- ផ្សេងៗ (Other).....		



កំណត់សំគាល់របស់ឆ្លុះបញ្ចាំង:

---

---

---

សេចក្តីណែនាំ:

---

---

---

កាលបរិច្ឆេទ \_\_\_\_\_

ឈ្មោះរបស់ឆ្លុះបញ្ចាំង: \_\_\_\_\_

