



កម្មវិធីការអប់រំ និងការទប់ស្កាត់រោគសញ្ញាការស្លាប់ភ្លាមៗរបស់ទារក ប្រចាំរដ្ឋផែនស៊ីលវ៉ានី

សេចក្តីវាយការណ៍ពីការទទួលស្គាល់ដោយស្ម័គ្រចិត្ត

សេចក្តីណែនាំសំរាប់គ្រូពេទ្យរបស់មន្ទីរពេទ្យ/មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់កំណើត/មណ្ឌលថែទាំសុខភាព: បំពេញទម្រង់បែបបទនេះ សំរាប់ គ្រួសារនីមួយៗ មុនចាកចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬក្រោយពេលកំណើតនៃទារកទើបនឹងកើត សំរាប់គ្រួសារទាំងឡាយ ដែលផ្តល់ កំណើតនៅក្រៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់កំណើត។ ផ្តល់ជូនដល់ឪពុកម្តាយនូវព័ត៌មាន ស្តីពីរោគសញ្ញាការស្លាប់ភ្លាមៗរបស់ ទារក និងវិធានការណ៍ទប់ស្កាត់នានា។ ត្រូវស្នើសុំឲ្យឪពុកម្តាយចុះហត្ថលេខាដោយស្ម័គ្រចិត្តលើទម្រង់បែបបទនេះ ដោយ បញ្ជាក់ថា ពួកគេបានទទួល បានអាន និងយល់ពីព័ត៌មានអំពីរោគសញ្ញាការស្លាប់ភ្លាមៗរបស់ទារក និងវិធានការណ៍ទប់ស្កាត់ នានា។ ត្រូវផ្តល់ឲ្យឪពុកម្តាយនូវទម្រង់បែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខារួចហើយមួយច្បាប់ និងរក្សាមួយច្បាប់នៅក្នុងកំណត់ត្រា វេជ្ជសាស្ត្រ។

ត្រូវបានបំពេញដោយគ្រូពេទ្យរបស់មន្ទីរពេទ្យ/មជ្ឈមណ្ឌលផ្តល់កំណើត/មណ្ឌលថែទាំសុខភាព:

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ: _____

ឈ្មោះតាមផ្លូវច្បាប់របស់ទារក: _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: _____ ភេទ: ប្រុស ស្រី

ឪពុកម្តាយត្រូវបានផ្តល់ព័ត៌មានស្តីពីរោគសញ្ញាការស្លាប់ភ្លាមៗរបស់ទារក ដែលរួមបញ្ចូលទាំងខិតប័ណ្ណ

ផ្សព្វផ្សាយនៅកាលបរិច្ឆេទ: _____

កំណត់សំគាល់: _____

ត្រូវបានបំពេញដោយឪពុកម្តាយ ឪពុកម្តាយចុង ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកថែរក្សា ស្របច្បាប់: ឪពុកម្តាយ: ព័ត៌មានស្តីអំពីរោគសញ្ញាស្លាប់ភ្លាមៗរបស់ទារក និងការគេងដែលមានសុវត្ថិភាពរបស់ទារក ត្រូវបានបង្ហាញដល់ខ្ញុំ ដោយមន្ទីរពេទ្យ។ ខ្ញុំចុះហត្ថលេខាដោយស្ម័គ្រចិត្តលើសេចក្តីវាយការណ៍នេះ ដោយទទួលស្គាល់ថា ខ្ញុំបានទទួល បានអាន និង យល់នូវព័ត៌មានពី SIDS ដែលបានផ្តល់ឲ្យ។

ហត្ថលេខា ម្តាយ: _____ បានបដិសេធ: កាលបរិច្ឆេទ: _____

ហត្ថលេខា ឪពុក: _____ បានបដិសេធ: កាលបរិច្ឆេទ: _____

ហត្ថលេខា អ្នកផ្សេងទៀត: _____ បានបដិសេធ: កាលបរិច្ឆេទ: _____

(ឪពុកម្តាយចុង ឪពុកម្តាយចិញ្ចឹម អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ អ្នកមើលថែរក្សាស្របច្បាប់)