



ឯកសារជំនួយសម្រាប់អ្នកសេវាឯកជនក្នុងកម្មវិធី PPM ក្នុងតំបន់ ១

ខែ:..... ឈ្មោះតូប:..... ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា..... ភូមិ:..... ឃុំ:..... ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ:..... ខេត្ត:.....

	ចំនួនករណីសង្ស័យថាមានជំងឺគ្រុនចាញ់ (កំដៅខ្លួនឡើងខ្ពស់ - ញាក់ - បែកញើស) ①	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	ក- ធ្វើតេស្តឈាមជាមួយ RDT ខ- មិនធ្វើតេស្តឈាម (គ្មាន RDT) គ- មិនធ្វើតេស្តឈាម (អ្នកជំងឺមិនយល់ព្រម) តេស្តឈាម (គ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ) ឃ- មិនធ្វើតេស្តឈាម (ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬកុមារក្រោម៥ឆ្នាំ) ②																					

សំរាប់អ្នកដំបូងដែលលទ្ធផលឈាមតេស្តរហ័សបង្ហាញថាមានមេរោគគ្រុនចាញ់ (វិជ្ជមាន) ម៉ឺន្លោះ ③

ល.រ	កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំ)	ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	អាយុជានបច្ចុប្បន្ន (ភូមិ/ឃុំ/ស្រុក/ខេត្ត)	អាយុ នៃគភ៌	ភេទ		លទ្ធផលឈាម			បានបញ្ជូនទៅ												
					ប្រុស	ស្រី	Pf.	Pv.	ចំរុះ	មណ្ឌលសុខភាព	មន្ទីរពេទ្យ	អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត	លេខប័ណ្ណ									

<p>ប្រអប់ចូកសរុប (សូមកុំបំភ្លេចប្រអប់នេះ) ④</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>សរុបប្រចាំខែ</th> <th>កូដ</th> <th>សរុប</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>ករណីសង្ស័យថាមានជំងឺគ្រុនចាញ់</td> <td> </td> <td> </td> </tr> <tr> <td>ធ្វើតេស្តឈាមជាមួយ RDT</td> <td>ក</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>មិនធ្វើតេស្តឈាម (គ្មាន RDT)</td> <td>ខ</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>មិនធ្វើតេស្តឈាម (អ្នកជំងឺមិនយល់ព្រម)</td> <td>គ</td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	សរុបប្រចាំខែ	កូដ	សរុប	ករណីសង្ស័យថាមានជំងឺគ្រុនចាញ់			ធ្វើតេស្តឈាមជាមួយ RDT	ក		មិនធ្វើតេស្តឈាម (គ្មាន RDT)	ខ		មិនធ្វើតេស្តឈាម (អ្នកជំងឺមិនយល់ព្រម)	គ		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th>សរុបប្រចាំខែ</th> <th>កូដ</th> <th>សរុប</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>មិនធ្វើតេស្តឈាម (គ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ)</td> <td>យ</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>មិនធ្វើតេស្តឈាម (ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬកុមារក្រោម៥ឆ្នាំ)</td> <td>ង</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>ចំនួនអ្នកគ្រុនចាញ់បានបញ្ជូន</td> <td>ក+ខ+គ+ឃ+ង</td> <td> </td> </tr> <tr> <td>ចំនួនចុះករណីតេស្តឈាមរហ័សទ្រទ្រង់បានប្រមូលមកវិញ</td> <td> </td> <td> </td> </tr> </tbody> </table>	សរុបប្រចាំខែ	កូដ	សរុប	មិនធ្វើតេស្តឈាម (គ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ)	យ		មិនធ្វើតេស្តឈាម (ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬកុមារក្រោម៥ឆ្នាំ)	ង		ចំនួនអ្នកគ្រុនចាញ់បានបញ្ជូន	ក+ខ+គ+ឃ+ង		ចំនួនចុះករណីតេស្តឈាមរហ័សទ្រទ្រង់បានប្រមូលមកវិញ			<p>ចូកសរុបដោយ:</p> <p>ហត្ថលេខា និងឈ្មោះ: _____</p> <p>តួនាទី: _____</p> <p>កាលបរិច្ឆេទ: _____</p>
សរុបប្រចាំខែ	កូដ	សរុប																														
ករណីសង្ស័យថាមានជំងឺគ្រុនចាញ់																																
ធ្វើតេស្តឈាមជាមួយ RDT	ក																															
មិនធ្វើតេស្តឈាម (គ្មាន RDT)	ខ																															
មិនធ្វើតេស្តឈាម (អ្នកជំងឺមិនយល់ព្រម)	គ																															
សរុបប្រចាំខែ	កូដ	សរុប																														
មិនធ្វើតេស្តឈាម (គ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ)	យ																															
មិនធ្វើតេស្តឈាម (ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬកុមារក្រោម៥ឆ្នាំ)	ង																															
ចំនួនអ្នកគ្រុនចាញ់បានបញ្ជូន	ក+ខ+គ+ឃ+ង																															
ចំនួនចុះករណីតេស្តឈាមរហ័សទ្រទ្រង់បានប្រមូលមកវិញ																																

①. ជាចំនួនករណីសង្ស័យថាមានគ្រុនចាញ់ដែលមានរោគសញ្ញាគួរកត់សំគាល់ដូចជាកំដៅខ្លួនខ្ពស់ ញាក់ បែកញើស ជាដើម។ លេខ ១ ដល់ ២០ តំណាងឲ្យចំនួនករណីសង្ស័យគ្រុនចាញ់ដែលបានមករកសេវារបស់អ្នក។ សូមគូសរង្វង់ជុំវិញលេខទាំងនេះទៅតាមចំនួនជាក់ស្តែង។

②. សូមកត់ត្រាជម្រើសមួយ ក្នុងចំណោមជម្រើសពី ក ដល់ ង នៅខាងក្រោមករណីសង្ស័យគ្រុនចាញ់នីមួយៗខាងលើ។

③. **សំរាប់អ្នកដំបូងដែលលទ្ធផលឈាមតេស្តរហ័សបង្ហាញថាមានមេរោគគ្រុនចាញ់ (វិជ្ជមាន) ម៉ឺន្លោះ:** ផ្នែកនេះប្រើសម្រាប់តែករណីសង្ស័យគ្រុនចាញ់ណាដែលសេវាឯកជនបានធ្វើតេស្តឈាមជាមួយតេស្តរហ័ស និងមានលទ្ធផលវិជ្ជមានតែប៉ុណ្ណោះ ។

- អាស័យដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន: បើជាអ្នកចំណាកស្រុក សូមកត់ត្រាអាស័យដ្ឋាននៅស្រុកកំណើត
- លទ្ធផលឈាម: គូសខាងក្រោមនូវលទ្ធផលឈាមណាមួយដែលបានបង្ហាញដោយតេស្តរហ័ស
- បញ្ជូនទៅ: គូសខាងក្រោមទីតាំងផ្តល់សេវាដែលអ្នកផ្តល់សេវាឯកជនបានបញ្ជូនអ្នកជំងឺគ្រុនចាញ់ទៅ

④. ហាមបំពេញក្នុងផ្នែកនេះដោយអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន។ មន្ត្រីអភិបាលរបស់ស្រុកប្រតិបត្តិនឹងត្រូវបំពេញក្នុងផ្នែកនេះ។

ចំណាំ: មន្ត្រីអភិបាលត្រូវហែកនិងប្រមូលយកសន្លឹកទម្រង់ពណ៌ស និងពណ៌ខៀវ និងរក្សាទុកសន្លឹកពណ៌លឿងនៅកន្លែងអ្នកផ្តល់សេវាឯកជន។



កម្មវិធីការពារជាដៃគូរវាងសេវាសាធារណៈនិងកងកម្លាំងស្រុកប្រយុទ្ធនឹងជំងឺគ្រុនចាញ់

ទម្រង់ចុះឈ្មោះអ្នកជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រចាំខែ

ខែ:..... ឈ្មោះតូប:..... ឈ្មោះអ្នកផ្តល់សេវា:..... ភូមិ:..... ឃុំ:..... ការិយាល័យស្រុកប្រតិបត្តិ:..... ខេត្ត:.....

	ចំនួនករណីសង្ស័យថាមានជំងឺគ្រុនចាញ់ (កំដៅខ្លួនឡើងខ្ពស់ - ញាក់ - បែកញើស)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
	ក= ធ្វើតេស្តឈាមជាមួយ RDT ខ= មិនធ្វើតេស្តឈាម (គ្មាន RDT) គ= មិនធ្វើតេស្តឈាម (អ្នកជំងឺមិនយល់ព្រម) ឃ= ធ្វើតេស្តឈាម (គ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ) ង= មិនធ្វើតេស្តឈាម (ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬកុមារក្រោម៥ឆ្នាំ)																					

សំរាប់តែអ្នកដំបូងដែលលទ្ធផលឈាមអេស៊ូរេហ៍សបង្ហាញថាមានមេរោគគ្រុនចាញ់ (វិជ្ជមាន) ប៉ុណ្ណោះ

ល.រ	កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំ)	ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	អាយុជានបច្ចុប្បន្ន (ភូមិ/ឃុំ/ស្រុក/ខេត្ត)	អាយុ នៃគភ៌	ភេទ		លទ្ធផលឈាម			បានបញ្ជូនទៅ				
					ប្រុស	ស្រី	Pf.	Pv.	ចំរុះ	មណ្ឌលសុខភាព	មន្ទីរពេទ្យ	អ្នកស្ម័គ្រចិត្ត	លេខប័ណ្ណ	
សរុប														

សំគាល់៖ សន្លឹកពណ៌ស សំរាប់ CNM
សន្លឹកពណ៌ខៀវ សំរាប់ ស្រុកប្រតិបត្តិ
សន្លឹកពណ៌លឿង សំរាប់សេវាឯកជន

ហត្ថលេខា.....កាលបរិច្ឆេទ...../...../.....

ប្រអប់ចុកសរុប (សូមកុំបំពេញនៅក្នុងប្រអប់នេះ)៖			សរុបប្រចាំខែ			សរុប			ចុកសរុបដោយ៖		
ករណីសង្ស័យថាមានជំងឺគ្រុនចាញ់	កូដ	សរុប	មិនធ្វើតេស្តឈាម (គ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ)	កូដ	សរុប	ហត្ថលេខា និងឈ្មោះ	_____				
ធ្វើតេស្តឈាមជាមួយ RDT	ក		មិនធ្វើតេស្តឈាម (ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬកុមារក្រោម៥ឆ្នាំ)	ង		គូរនាទី	_____				
មិនធ្វើតេស្តឈាម (គ្មាន RDT)	ខ		ចំនួនអ្នកគ្រុនចាញ់បានបញ្ជូន	ក+ខ+គ+ឃ+ង		កាលបរិច្ឆេទ	_____				
មិនធ្វើតេស្តឈាម (អ្នកជំងឺមិនយល់ព្រម)	គ		ចំនួនឧបករណ៍តេស្តឈាមរហ័សប្រើរួចបានប្រមូលមកវិញ				_____				



លេខប័ណ្ណ:

ប័ណ្ណបញ្ជូនជម្ងឺគ្រុនចាញ់

ឈ្មោះសេវាឯកជន:..... ទូរស័ព្ទ..... ឃុំ..... ស្រុក..... ខេត្ត.....

អ្នកជម្ងឺគ្រុនចាញ់: កុមារអាយុតិចជាង៥ ឆ្នាំ ស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ អ្នកជម្ងឺគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរ
អ្នកជម្ងឺគ្រុនចាញ់លាប ផ្សេងៗ

ឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ: អាយុ..... ភេទ..... ទូរស័ព្ទ.....

ប្រជាជន: អចិន្ត្រៃយ៍ ចល័ត

អ្នកជម្ងឺបញ្ជូនទៅ:..... កាលបរិច្ឆេទ.....

លទ្ធផលតេស្តរហ័ស: ហ្វាល់ស៊ី រីវ៉ាក់ ចំរុះ ឬ មិនបានធ្វើ

សារអប្សរសុខភាព

- ❶ ជានិច្ចកាលត្រូវតែព្យាបាលឲ្យចប់សព្វគ្រប់តាមវេជ្ជបញ្ជាបើទោះបីជាអ្នកបានធូរស្បើយខ្លះហើយក្តី
- ❷ ត្រូវត្រឡប់មកមណ្ឌលសុខភាព ឬមន្ទីរពេទ្យវិញ បើសិនជាពោគសញ្ញាមិនបាត់ក្នុងរយៈពេល៣ថ្ងៃបន្ទាប់ពីថ្ងៃលេបថ្នាំដំបូង
- ❸ ស្វែងរកការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាលឲ្យបានឆាប់ភ្លាមៗ បើអ្នកសង្ស័យថាមានជម្ងឺគ្រុនចាញ់
- ❹ ជានិច្ចកាលត្រូវរករោគវិនិច្ឆ័យឲ្យបានច្បាស់លាស់ មុននឹងចាប់ផ្តើមព្យាបាលជម្ងឺគ្រុនចាញ់
- ❺ ជម្ងឺគ្រុនចាញ់អាចការពារបានដោយដេកក្នុងមុងជ្រលក់ថ្នាំឲ្យបានត្រឹមត្រូវ និងទៀងទាត់