

ពិនិត្យ ថ្ងៃខែឆ្នាំផុតកំណត់នៅលើកញ្ចប់តេស្ត បើ
ផុតកំណត់ត្រូវប្រើកញ្ចប់តេស្តថ្មី

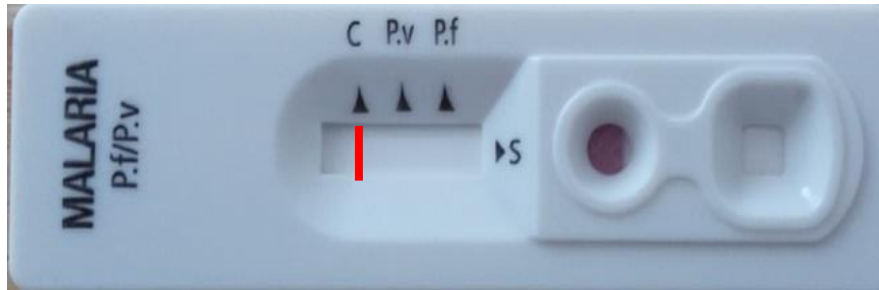


ថ្ងៃផុតកំណត់

ពាក់ស្រោមដៃមុនពេលដោះឈាម (ប្រើស្រោម
ដៃថ្មី សម្រាប់អ្នកជំងឺថ្មី)



ហែកកញ្ចប់តេស្ត រួចដកចេញនូវ:

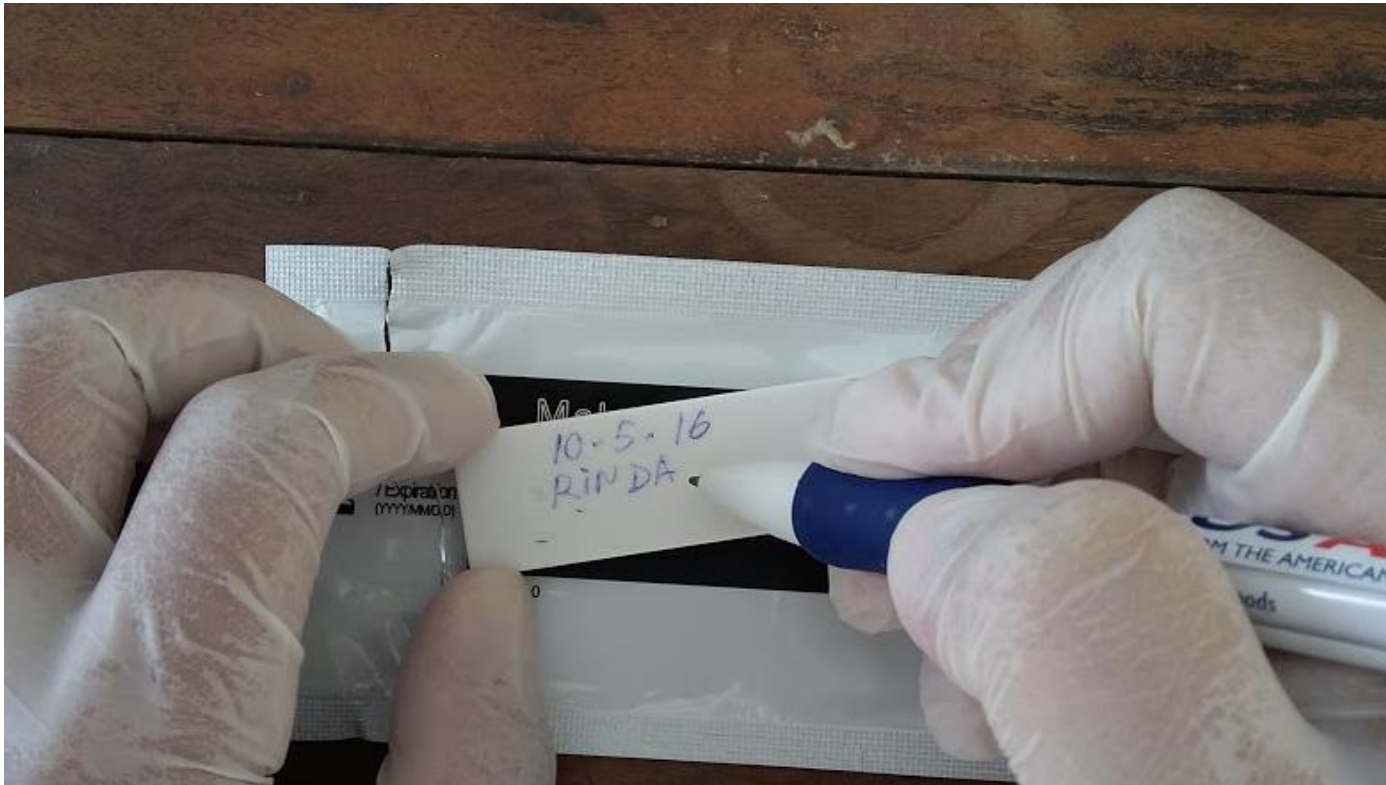


បន្ទះតេស្ត



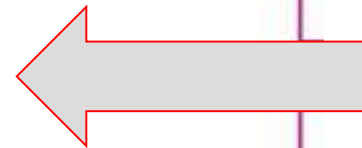
សារធាតុសម្ងាត់

សរសេរឈ្មោះអ្នកជំងឺនិងកាលបរិច្ឆេទ រោគ អាយុ លើបន្ទះខ្នងតេស្ត



ថ្ងៃខែឆ្នាំ
ឈ្មោះ
អាយុ
រោគ

សំអាតម្រាមដៃដែលត្រូវដោះឈាមជាមួយសំឡី
អាល់កុលឲ្យស្អាត រួចទុកឲ្យស្ងួត មុនពេលដោះ
ឈាម



មូលដ្ឋានក្បាលមូលដោះឈាម រួចដោះម្រាមដៃ
អ្នកជំងឺដើម្បីយកឈាម



ចោលមូលដោះឈាមទៅក្នុងប្រអប់សុវត្ថិភាព
ភ្លាម បន្ទាប់ពីដោះឈាមអ្នកជំងឺរួច



ប្រើចុងបំពង់យកឈាមមាត់ឈ្លឹង ផ្គិតយក
ឈាម ៥មីក្រូលីត

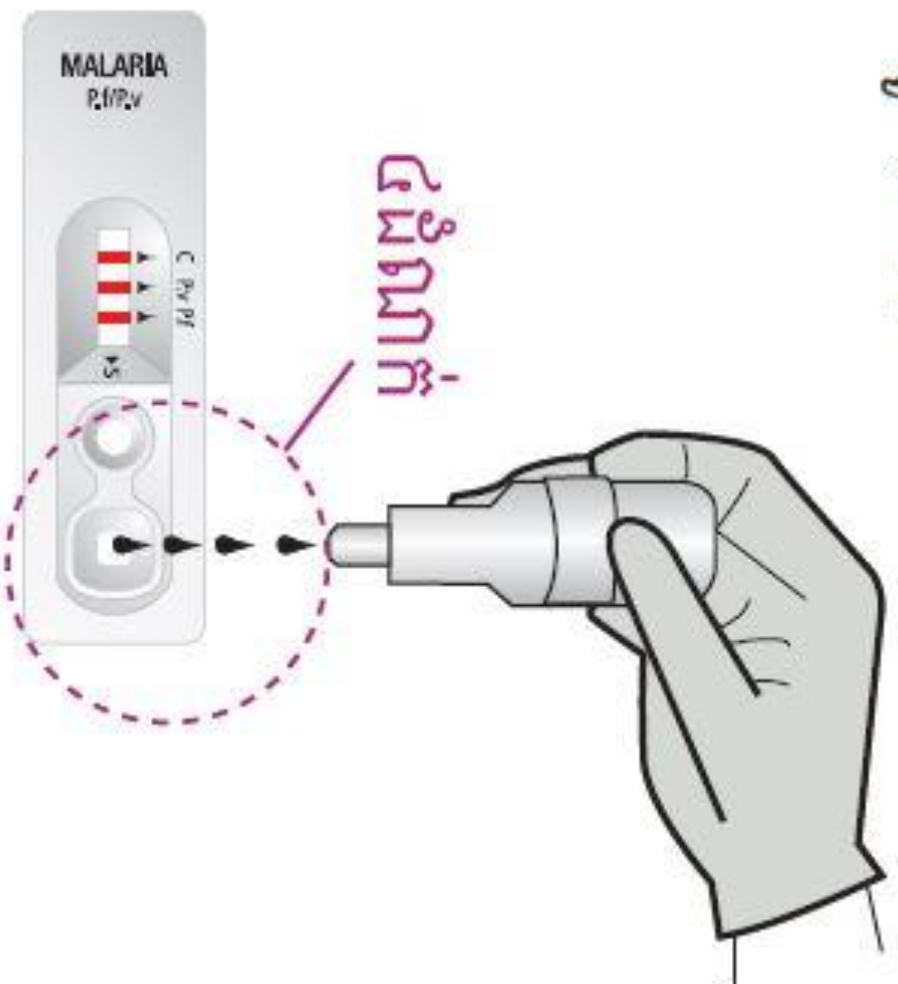


៥មីក្រូលីត

ដាក់ឈាមក្នុងចង្កូរមូលតូច រួចចោល
បំពង់យកឈាមទៅក្នុងប្រអប់
សុវត្ថិភាពភ្លាម



បន្តកុំទឹកប្រតិករឆ្លងណាក៏ទៅក្នុង
ចង្ហូរបន្តជ្រុង



ឆ្លងណាក៏

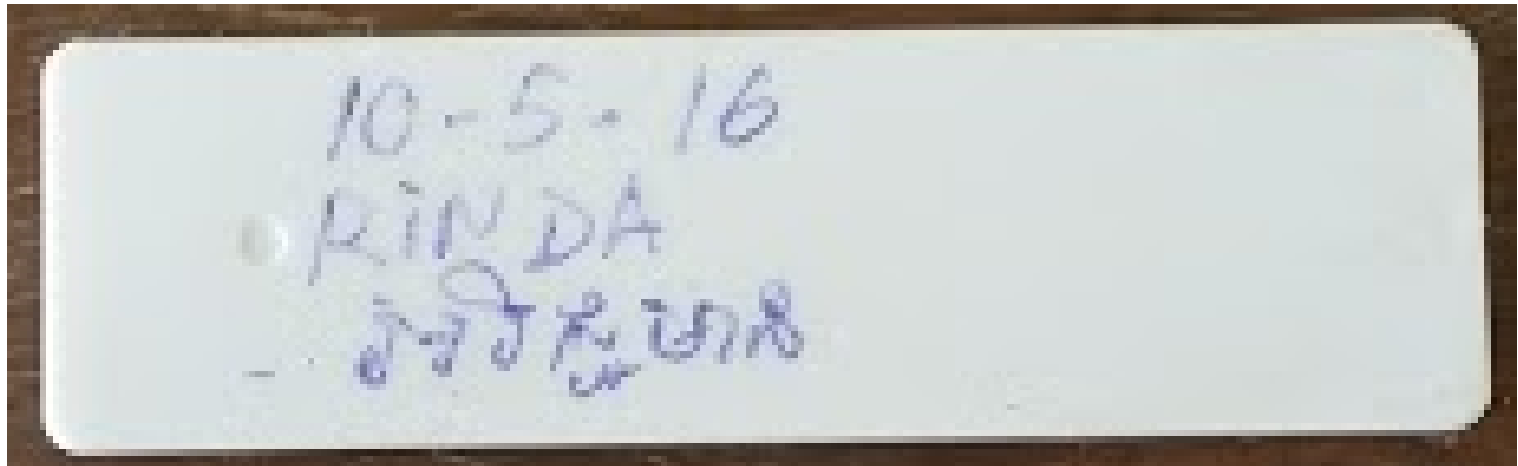
ដាក់ដបរំកងបន្ទះតេស្តពេលបន្តកុំ
ទឹកប្រតិករ (ដូចក្នុងរូប)

រង់ចាំរយៈពេល១៥នាទីបន្ទាប់ពី
បន្តកទឹកប្រតិករដោយទុកបន្ទះតេតស្ត
នៅលើផ្ទៃរាបស្មើរួចទើបពិនិត្យ
លទ្ធផល



ចំណាំ: មិនត្រូវពិនិត្យលទ្ធផលតេតស្ត
ឈាមមុនពេលកំណត់១៥នាទី
បន្ទាប់ពីបន្តកទឹកប្រតិករឡើយព្រោះ
អាចនាំឲ្យការវិភាគលទ្ធផលខុស

កត់ត្រាលទ្ធផលលើបន្ទះតេស្ត



កត់ត្រាលទ្ធផលតេស្តនៅក្នុងសៀវភៅ កំណត់ត្រាអ្នកជំងឺរបស់អ្នក

ប្រជុំប្រចាំខែថ្ងៃទី.....



កម្មវិធីអ្នកស្រុកចិត្តកម្ម
ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់

តារាងសំរេចទិន្នន័យជំងឺគ្រុនចាញ់ សំរាប់អ្នកស្រុកចិត្តកម្មព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់

ខេត្ត..... ស្រុក..... មណ្ឌលសុខភាព..... ឃុំ..... ភូមិ..... របាយការណ៍ប្រចាំខែ..... ឆ្នាំ.....
ចំនួនប្រជាជនក្នុងភូមិ..... ចំនួនគ្រួសារ..... ចម្ងាយពីភូមិទៅមណ្ឌលសុខភាព..... ឈ្មោះអ្នកស្រុកចិត្ត..... លេខទូរស័ព្ទ.....

1/ តេស្តសរុប (សូមបំពេញព័ត៌មានក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម បើសិនជាអ្នកបានធ្វើតេស្ត លើអ្នកដែលសង្ស័យជំងឺគ្រុនចាញ់)																									
ល.រ	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25
ភេទ/អាយុ																									

2/ តេស្តវិជ្ជមាន (សូមសរសេរបំពេញព័ត៌មានក្នុងតារាងខាងក្រោមសំរាប់ អ្នកសង្ស័យជំងឺគ្រុនចាញ់មានលទ្ធផលតេស្ត វិជ្ជមាន)																					
ល.រ	ថ្ងៃ.ខែ.ឆ្នាំ	ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	ភេទ (ប/ស)	អាយុ (ខែ/ ឆ្នាំ)	មានផ្ទៃ ពោះ? (ខែ)	ទម្ងន់ (គីឡូ ក្រាម)	កំដៅ (អង្សា)	ស្ថានភាព អ្នកជំងឺ		ប្រភេទរោគសញ្ញា(សូម គូសសញ្ញាជាក់លាក់)				ឱសថ (សូមសរសេរចំនួនសរុបគ្រាប់ថ្នាំ)				ការលេបថ្នាំ (ដូតស័ព្ទថ្ងៃ)		បញ្ជូន	កំណត់ សំគាល់
								មិន ចល័ត	ចល័ត	ហ្វាស់ ស៊ីបា រួម	រីកកំ ពុះ	ចំរុះ	អា+អ៊ីម ASMQ	ថ្នាំព្រី ម៉ាតីន	ថ្នាំពី រ៉ាម៉ាក់	ថ្នាំ ផ្សេងៗ	ពិនិត្យការ លេបមិនបាន គ្រប់គ្រាន់	ពិនិត្យការ លេបគ្រប់គ្រាន់			
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					

3/ សរុបរបាយការណ៍		ល.រ	សំភារៈគ្រុនចាញ់	បានប្រើ	នៅសល់	បន្ថែម
1	ចំនួនតេស្តគ្រុនចាញ់បានប្រើអស់(សរុប) =.....	ចំនួនប្រជាជនសរុបបានអប់រំសុខភាពជំងឺគ្រុនចាញ់=.....នាក់	1	តេស្តហ្វឹស(ដើម/បន្ទះ)		
2	ចំនួនតេស្តគ្រុនចាញ់វិជ្ជមាន(សរុប) =.....	ចំនួនផងនៃការអប់រំសុខភាពប្រចាំខែ=.....ផង	2	ថ្នាំ(គ្រាប់): ☐ អា+អ៊ីម / ☐ ពីរ៉ាម៉ាក់		
3	ចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរបញ្ជូន(សរុប)=.....	ចំនួនប្រជាជនបានទទួលគ្រាប់ថ្នាំគ្រុនចាញ់=.....នាក់	3	ថ្នាំព្រីម៉ាតីន(គ្រាប់)		

អ្នកពិនិត្យរបាយការណ៍ប្រចាំខែ ឈ្មោះ.....តួនាទី.....ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ.....

