



អង្គជំនាញគ្រូបង្រៀនស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺឆ្លង

សៀវភៅកាត់ត្រាករណីជំងឺគ្រុនចាញ់ប្រចាំខែ

ឈ្មោះអ្នកស្ម័គ្រចិត្តស្តីពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំប្រឆាំងជំងឺគ្រុនចាញ់.....

ភេទ..... ឈ្មោះ..... ថ្ងៃខែ.....

ចេញផ្សាយ ២០១៨



ប្រជុំប្រចាំខែថ្ងៃទី.....

តារាងសំរេចទិន្នន័យជំងឺគ្រុនចាញ់ សំរាប់អ្នកស្ម័គ្រចិត្តតូចៗព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់

កម្មវិធីអ្នកស្ម័គ្រចិត្តតូចៗ
ព្យាបាលជំងឺគ្រុនចាញ់

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

1/ តេស្តសរុប (សូមបំពេញព័ត៌មានក្នុង"ប្រអប់"ខាងក្រោម 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 (សូមសរសេរបំពេញព័ត៌មានក្នុង"តារាង"ខាងក្រោមសំរាប់ អ្នកសង្ស័យជំងឺគ្រុនចាញ់មានលទ្ធផល តេស្ត វិជ្ជមាន)																				
ល.រ	ថ្ងៃ.ខែ.ឆ្នាំ	ឈ្មោះអ្នកជំងឺ	ភេទ (ប/ស)	អាយុ (ខែ/ ឆ្នាំ)	មានផ្ទៃ ពោះ? (ខែ)	ទម្ងន់ (គីឡូ ក្រាម)	កំដៅ (អង្សា)	ស្ថានភាព អ្នកជំងឺ		ប្រភេទមេរោគ(សូម គូសសញ្ញាជីក)			ឱសថ (សូមសរសេរចំនួនសរុបគ្រាប់ថ្នាំ)				ការលេបថ្នាំ (ដូតស័ព្ទថ្ងៃ)		បញ្ជូន	កំណត់ សំគាល់
								មិន ចល័ត	ចល័ត	ហ្វាល់ ស៊ីប៉ា រ៉ូម	វីរ៉ាក់	ចំរុះ	អា+អ៊ីម ASMQ	ថ្នាំព្រី ម៉ាគីន	ថ្នាំពី រ៉ាម៉ាក់	ថ្នាំ ផ្សេងៗ	ពិនិត្យការ លេបមិនបាន គ្រប់៣ដង	ពិនិត្យការ លេបគ្រប់៣ ដង		
1																				
2																				
3																				
4																				
5																				
6																				
7																				
8																				
9																				
10																				

3/សរុបរបាយការណ៍										ល.រ	សំភារៈគ្រុនចាញ់	បានប្រើ	នៅសល់	បន្ថែម
1	ចំនួនតេស្តគ្រុនចាញ់បានប្រើអស់(សរុប) =.....				ចំនួនប្រជាជនសរុបបានអប់រំសុខភាពជំងឺគ្រុនចាញ់=.....នាក់					1	តេស្តរហ័ស(ដើម/បន្ទះ)			
2	ចំនួនតេស្តគ្រុនចាញ់វិជ្ជមាន(សរុប) =.....				ចំនួនដងនៃការអប់រំសុខភាពប្រចាំខែ=.....ដង					2	ថ្នាំ(គ្រាប់): ☐ អា+អ៊ីម / ☐ ពីរ៉ាម៉ាក់			
3	ចំនួនករណីគ្រុនចាញ់ធ្ងន់ធ្ងរបញ្ជូន(សរុប)=.....				ចំនួនប្រជាជនបានទទួលគ្រាប់ថ្នាំព្រីម៉ាគីន=.....នាក់					3	ថ្នាំព្រីម៉ាគីន(គ្រាប់)			

អ្នកពិនិត្យរបាយការណ៍ប្រចាំខែ ឈ្មោះ.....តួនាទី.....ចុងខែ.....ខែ.....ឆ្នាំ.....