



ဘာသာရေး သက်ဝင်ယုံကြည်မှုအရ မွေးကင်းစကလေး
စစ်ဆေးရေးအစီအစဉ်မှ ကင်းလွတ်ခွင့်လျှောက်လွှာ

ပြည်နယ်ဖောင်ပုံစံ 57487 (8-24)
အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန

စာရွက်စာတမ်းများကို ဤနေရာတွင် ပူးတွဲပါ
သို့မဟုတ် အချက်အလက်များကို

ကျွန်ုပ်သည် အင်ဒီယားနားပြည်နယ်၏ မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးခြင်းအစီအစဉ်အကြောင်းကို သိရှိပြီး
ထိုစစ်ဆေးမှုနှင့်ပတ်သက်၍ ဥပဒေအရ သိထားရန်လိုအပ်သော သတင်းအချက်အလက်များကို
လက်ခံဖတ်ရှုပြီးဖြစ်ပါသည်။ သို့သော် ကျွန်ုပ်၏ ဘာသာရေး သက်ဝင်ယုံကြည်မှုအရ ကျွန်ုပ်၏ကလေးအပေါ်တွင်
အောက်ပါစစ်ဆေးမှုများကို မပြုလုပ်ရန် ရွေးချယ်ပါသည်။

- အကြားအာရုံစစ်ဆေးခြင်း (အကြားအာရုံဆုံးရှုံးမှုများအတွက်)*အကယ်၍ အကြားအာရုံစစ်ဆေးခြင်း တစ်ခုကိုသာ ပြုလုပ်ရန်
ငြင်းဆန်ခြင်းဖြစ်ပါက အချက်အလက် အပြည့်အစုံ ဖြည့်စွက်ထားသော ကင်းလွတ်ခွင့်လျှောက်လွှာကို 317-925-2888 သို့ ဖက်စ်ဖြင့်ပို့ပါ။
 - မွေးကင်းစကလေး ခြေဖနောင့်သွေးဖောက်စစ်ဆေးခြင်း(ရှားပါးမျိုးရိုးဗီဇဆိုင်ရာအခြေအနေ ၅၀ ကျော်အတွက်)
 - Oximeter အသုံးပြု၍ သွေးတွင်းအောက်ဆီဂျင်နှင့် နှလုံးခုန်နှုန်း တိုင်းတာခြင်း(အရေးပေါ် မွေးရာပါ နှလုံးရောဂါအတွက်)
- မွေးကင်းစကလေး၏ ပထမအမည်နှင့် မျိုးရိုးအမည်- _____ မွေးဖွားသည့်နေ့စွဲ- ____/____/____
- မွေးကင်းစကလေး ၏ လိင်: အမျိုးသမီး အမျိုးသား-
- မိခင်၏ပထမအမည်နှင့် မျိုးရိုးအမည်- _____ မွေးဖွားသည့်နေ့စွဲ- ____/____/____
- မွေးဖွားရာဌာန/သားဖွားဆရာမ(ry)- _____

_____ မိဘလက်မှတ်

_____ ရက်စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)

_____ သက်သေခံလက်မှတ်

_____ ရက်စွဲ(လ/ရက်/နှစ်)

အကယ်၍ မွေးကင်းစကလေး ခြေဖနောင့် သွေးဖောက်စစ်ဆေးခြင်းကို ပြုလုပ်ရန်ငြင်းဆန်သော်လည်း၊ Oximeter အသုံးပြု၍
သွေးတွင်းအောက်ဆီဂျင်နှင့် နှလုံးခုန်နှုန်း တိုင်းတာခြင်းနှင့် အကြားအာရုံစစ်ဆေးခြင်းတို့ကို ပြုလုပ်ခဲ့ပါက ဤကင်းလွတ်ခွင့်လျှောက်လွှာကို
IDOH သို့ပြန်လည်မပို့မီ စစ်ဆေးမှုအဖြေရလဒ်များကို အောက်ပါကွက်လပ်တွင် ဖြည့်ပါ။

အကြားအာရုံစစ်ဆေးခြင်း
တိုင်းတာခြင်း

Oximeter အသုံးပြု၍ သွေးတွင်းအောက်ဆီဂျင်နှင့် နှလုံးခုန်နှုန်း

<p style="text-align: center;">ကနဦးစစ်ဆေးမှု</p> <p>စစ်ဆေးသည့်ရက်စွဲ <u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>လက်ဝဲဖက် နား- လက်ယာဖက် နား-</p> <p><input type="checkbox"/> အောင်မြင်သည် <input type="checkbox"/> အောင်မြင်သည်</p> <p><input type="checkbox"/> ရည်ညွှန်းရန် <input type="checkbox"/> ရည်ညွှန်းရန်</p>
<p style="text-align: center;">ပြန်လည်စစ်ဆေးခြင်း</p> <p>စစ်ဆေးသည့်ရက်စွဲ <u> </u>/<u> </u>/<u> </u></p> <p>လက်ဝဲဖက် နား- လက်ယာဖက် နား</p> <p><input type="checkbox"/> အောင်မြင်သည် <input type="checkbox"/> အောင်မြင်သည်</p> <p><input type="checkbox"/> ရည်ညွှန်းရန် <input type="checkbox"/> ရည်ညွှန်းရန်</p>
<p style="text-align: center;">အန္တရာယ်ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်သော အကြောင်းအရင်း (သက်ဆိုင်သောအချက်များအားလုံးကို ရွေးချယ်ပါ။)</p> <p><input type="checkbox"/> ဦးခေါင်းနှင့် မျက်နှာပိုင်းဆိုင်ရာ မူမမှန်မှုများ (Craniofacial anomalies)</p> <p><input type="checkbox"/> မိသားစုအတွင်း မွေးရာပါ အကြားအာရုံဆိုးရွားမှု ဖြစ်စဉ်များ သားအိမ်အတွင်း</p> <p><input type="checkbox"/> ရောဂါပိုးမွှားများ စွဲကပ်ခြင်း</p> <p><input type="checkbox"/> Jaundice အသားဝါခြင်း</p>

<p style="text-align: center;">ကနဦးစစ်ဆေးမှု</p> <p>နေ့စွဲ- <u> </u>/<u> </u>/<u> </u> အချိန်- <u> </u></p> <p>တည်နေရာ- <input type="checkbox"/> မွေးကင်းစကလေးကြည့်ရှုစောင့်ရှောက်ခန်း <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> မွေးကင်းစ <input type="checkbox"/> ကလေး အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင်</p> <p>သွေးတွင်းအောက်ဆီဂျင် ပါဝင်မှု နှုန်း- လက်ယာဖက် လက် <u> </u> ခြေထောက် <u> </u></p> <p>ရလဒ်- <input type="checkbox"/> အောင်မြင်သည် <input type="checkbox"/> မအောင်မြင်ပါ။</p>
<p style="text-align: center;">ပြန်လည်စစ်ဆေးခြင်း</p> <p>နေ့စွဲ- <u> </u>/<u> </u>/<u> </u> အချိန်- <u> </u></p> <p>တည်နေရာ- <input type="checkbox"/> မွေးကင်းစကလေးကြည့်ရှုစောင့်ရှောက်ခန်း <input type="checkbox"/></p> <p style="padding-left: 20px;"><input type="checkbox"/> မွေးကင်းစ <input type="checkbox"/> ကလေး အထူးကြပ်မတ်ကုသဆောင်</p> <p>သွေးတွင်းအောက်ဆီဂျင် ပါဝင်မှု နှုန်း- လက်ယာဖက် လက် <u> </u> ခြေထောက် <u> </u></p> <p>ရလဒ်- <input type="checkbox"/> အောင်မြင်သည် <input type="checkbox"/> မအောင်မြင်ပါ။</p>
<p style="text-align: center;">နှလုံးဓာတ်မှန် စစ်ဆေးမှု</p> <p>နေ့စွဲ- <u> </u>/<u> </u>/<u> </u> အချိန်- <u> </u></p> <p>ရလဒ်- <input type="checkbox"/> ပုံမှန် <input type="checkbox"/> ပုံမှန်မဟုတ်သော (Dx) <u> </u></p>
<p style="text-align: center;">အောက်ပါအချက်များကြောင့် စစ်ဆေးမှုများမပြုလုပ်ခြင်း-</p> <p><input type="checkbox"/> မမွေးဖွားမီကပင် အရေးပေါ်မွေးရာပါနှလုံးရောဂါရှိခြင်း (CCHD)</p> <p><input type="checkbox"/> အောက်ဆီဂျင်ရှုနေရခြင်း/အသက်ရှူလမ်းကြောင်းဆိုင်ရာပုံပိုးမှုများ</p> <p><input type="checkbox"/> တပ် ဆင်ထားရခြင်းစစ်ဆေးမှုမပြုလုပ်မီကပင်၊ နှလုံးဓာတ်မှန်ရိုက်ကူးပြီးခြင်း</p> <p><input type="checkbox"/> အထူးကြပ်မတ် စောင့်ရှောက်ကုသမှုခံယူနေရခြင်း</p>