



ក្រសួងសុខាភិបាល

**សៀវភៅចុះបញ្ជីគ្រូបរិច្ចាគដែលផ្ទុកមេរោគអេដស៍
នៅផ្នែកពិនិត្យផ្ទៃពោះ**

ឈ្មោះខេត្ត : ឈ្មោះស្រុកប្រតិបត្តិ :

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ រឹមពន្លាឈសុភាព :

កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ-ខែ-ឆ្នាំ)	លេខកូដ	ឈ្មោះ	ដឹងថាមានជំងឺកម្រោចអោយស្រស់មុនពេលចុះឈ្មោះ នៅ ANC		ការបានស្ថានភាពសេវាសំរាលកូន (dd/mm/yy)	បញ្ជូនមកពី							តេស្ត CD4		បានទទួល ART	ការធ្វើតេស្តរកភាពស្លេកស្លាំង (Anemia) លើកដំបូង		ការចាប់ផ្តើមព្យាបាលបង្ការ រដោយ ARV			ការផ្តល់ ARV បន្ថែមលើកទី ១					
			Yes	No		HBC ¹	VCCT ²	OI/ART ³	STI ⁴	TB ⁵	OPD ⁶	FP/BS ⁷	មកដោយខ្លួនឯង	សង្គមល្អិត (NGOs, CBOs)		លទ្ធផលតេស្តមូលដ្ឋាន	លទ្ធផលតេស្តនៅ សប្តាហ៍ទី ២៨ នៃភកិ	Yes	No	ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ ធ្វើតេស្ត	លទ្ធផលតេស្ត Ht* (%) or HB** (g/dl)	កាលបរិច្ឆេទ (dd/mm/yy)	របបឱសថ ARV ដែលផ្តល់	ចំនួនថ្ងៃដែលផ្តល់ ARV	កាលបរិច្ឆេទ (dd/mm/yy)	ចំនួនថ្ងៃដែលផ្តល់ ARV
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				
/ /					/ /											/ /		/ /		/ /		/ /				

HBC¹: សេវាថែទាំអ្នកជំងឺតាមផ្ទះ VCCT²: សេវាធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ដោយស្ម័គ្រចិត្ត និងរក្សាការសម្ងាត់ OI/ART³: សេវាព្យាបាលជំងឺឱកាសនិយម និងព្យាបាលដោយឱសថប្រឆាំងមេរោគអេដស៍។⁴: សេវាព្យាបាលជំងឺកាមរោគ TB⁵: សេវាព្យាបាលជំងឺរបេង

ការធ្វើតេស្តរកភាពស្នេកស្នាំង (Anemia) ២សប្តាហ៍ក្រោយតេស្តលើកដំបូង			ការផ្តល់ ARV បន្ថែមលើកទី ២		ការធ្វើតេស្តរកភាពស្នេកស្នាំង (Anemia) ៤សប្តាហ៍ក្រោយតេស្តលើកដំបូង			ការផ្តល់ ARV បន្ថែមលើកទី ៣		ការធ្វើតេស្តរកភាពស្នេកស្នាំង (Anemia) ៨សប្តាហ៍ក្រោយតេស្តលើកដំបូង			ការផ្តល់ ARV បន្ថែមលើកទី ៤		រយៈពេលបានទទួល ARV សរុប		បញ្ជូនទៅកាន់					សំគាល់		
តេស្តអេម៉ូក្លូប៊ីន រីអេម៉ាតូគ្រីត (Hemoglobin/ Hematocrit)			កាលបរិច្ឆេទ (dd/mm/yy)	ចំនួនថ្ងៃដែលផ្តល់ ARV	តេស្តអេម៉ូក្លូប៊ីន រីអេម៉ាតូគ្រីត (Hemoglobin/ Hematocrit)			កាលបរិច្ឆេទ (dd/mm/yy)	ចំនួនថ្ងៃដែលផ្តល់ ARV	តេស្តអេម៉ូក្លូប៊ីន រីអេម៉ាតូគ្រីត (Hemoglobin/ Hematocrit)			កាលបរិច្ឆេទ (dd/mm/yy)	ចំនួនថ្ងៃដែលផ្តល់ ARV	ម្តាយស្នាក់នៅពេលព្យាបាល រឿងរាងកាយ ដោយ ARV		<4 សប្តាហ៍	>4 សប្តាហ៍	O/ART ³	HBC ¹	ផ្នែកសម្បត្តិ		STI ⁴	FP/BS ⁷
ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ ធ្វើតេស្ត	លទ្ធផលតេស្ត Ht* (%) or HB** (g/dl)				ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ ធ្វើតេស្ត	លទ្ធផលតេស្ត Ht* (%) or HB** (g/dl)				ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ ធ្វើតេស្ត	លទ្ធផលតេស្ត Ht* (%) or HB** (g/dl)				Yes	No								
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													
/ /			/ /		/ /		/ /		/ /		/ /													

OPD⁵: សេវាពិគ្រោះជំងឺក្រៅ FP/BS⁷: សេវាពន្យាករណីត Ht (%)*: លទ្ធផលតេស្តអេម៉ាតូគ្រីតគិតជាភាគរយ HB (g/dl)**: លទ្ធផលតេស្តអេម៉ូក្លូប៊ីនគិតជាក្រាមក្នុង ១ ដេស៊ីលីត្រ