ទំរង់ពត៌មានរបស់កុមារមកពិនិត្យដំបូង (Children Initial Visit Form) ក

លេខកូដអ្នកជំងឺ Clinic ID number	P						ថ្ងៃមកពិនិត្យដំបូង Date first visit	/ /

ឈ្មោះ Name | អាយុ * Age ..... | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត Date of Birth / / | ☐ ស្រី Female ☐ ប្រុស Male

អាស័យដ្ឋានរបស់អាណាព្យាបាល: **Address of Guardian :** ☐ ម្តាយ Mother ☐ ឪពុក Father ☐ ជីដូន Grand Mother ☐ ជីតា Grand Father ☐ សាច់ញាតិ Relative

ក្រុមទី Group | ផ្លូវលេខ Street | ភូមិ Village | ឃុំ/សង្កាត់ Commune | ស្រុក/ខ័ណ្ឌ District | ខេត្ত/ក្រុង Province

ឈ្មោះអ្នកទំនាក់ទំនងទី១ Name of contact person 1 | អាស័យដ្ឋាន: Address: | លេខទូរស័ព្ទ Phone number

ឈ្មោះអ្នកទំនាក់ទំនងទី២ Name of contact person 2 | អាស័យដ្ឋាន: Address: | លេខទូរស័ព្ទ Phone number

ស្ថានភាពកុមារ: **Child status:** ☐ នៅរស់ Both Parent alive ☐ កំព្រាម្តាយ Mother deceased ☐ កំព្រាឪពុក Father deceased ☐ កំព្រាទាំងពីរ Both parent deceased | មុខរបរឪពុក: Father's occupation

កំរិតអប់រំរបស់កុមារ: **Child Education** ☐ គ្មាន None ☐ មត្តេយ្យ Kindergarden ☐ បឋមសិក្សា Primary ☐ មធ្យមសិក្សា Secondary | មុខរបរម្តាយ: Mother 's occupation

បញ្ជូនមកពី: **Referred from** ☐ មកដោយខ្លួនឯង Self referral ☐ គ្លីនិកឯកជន Private Clinic ☐ ការផ្តល់ប្រឹក្សានិងធ្វើតេស្តឈាមរកមេរោគអេដស៍ ដោយស្មគ្រ័ចិត្ត និងរក្សាការសំងាត់ (VCCT) ☐ កម្មវិធីបង្ការការចំលងមេរោគអេដស៍ពីម្តាយទៅទារក (PMTCT) ☐ កម្មវិធីកំចាត់រោគរបេង (TB Program) ☐ ការថែទាំតាមផ្ទះ និង សហគមន៍ CBPCS/NGO ☐ ផ្សេងៗ Other

បញ្ជាក់អំពីឈ្មោះកន្លែងដែលបញ្ជូនមក **Details about the name of facility** | **ឈ្មោះ និងទីតាំងរបស់ក្រុមថែទាំតាមផ្ទះ:** **Name/location of CBPCS team:**

លទ្ធផលតេស្តឈាម: **HIV test results:**

តេស្តឈាមលើកទី ១ **First HIV test :**	ថ្ងៃខែឆ្នាំធ្វើតេស្ត Test date : / /	អាយុកុមារ Child Age	☐ HIV PCR	☐ Antibody Test	លទ្ធផលតេស្ត Test result :. . . . .
តេស្តឈាមលើកទី ២ **Second HIV test :**	ថ្ងៃខែឆ្នាំធ្វើតេស្ត Test date : / /	អាយុកុមារ Child Age	☐ HIV PCR	☐ Antibody Test	លទ្ធផលតេស្ត Test result :. . . . .

បញ្ជូនជាផ្លូវការមកពីសេវា OI & ART ណា? **Official Transfer in from OI and ART site?** ☐ ទេ No ☐ បាទ Yes From.....

ថ្ងៃខែឆ្នាំចាប់ផ្តើម ART នៅកម្មវិធីជាតិ Date started ART in National Program / / | **លេខកូដ ART** ART number P

ពត៌មានអំពីគ្រួសារ Family History

ក្រុមគ្រួសារ (ឪពុក,ម្តាយ, បងប្អូនបង្កើត) Relative: mother/father, sibling	អាយុ Age	ស្ថានភាព HIV HIV status: វិជ្ជមាន +	អវិជ្ជមាន -	មិនដឹង Unknown	ស្ថានភាព Status: រស់ Alive	ស្លាប់ Dead	មិនដឹង Unknown	ប្រវត្តិទាក់ទងនឹង PMTCT PMTCT history (if child or mother): ម្តាយ mother: AZT + 3TC	NVP	កូន child: AZT +/- NVP	NVP	មិនដឹង Unknown	ឈ្មោះគ្លីនិក OI &ART, PMTCT (Name of OI & ART Clinic, PMTCT)	ទទួល ARV Receiving ARV: បាទ Yes	ទេ No	មិនដឹង Unknown	ប្រវត្តិជំងឺរបេង History of TB: បាទ Yes	ទេ No	មិនដឹង Unknown
ម្តាយ Mother																			
ឪពុក Father																			
បង/ប្អូនបង្កើតទី.... Sibling No																			
បង/ប្អូនបង្កើតទី.... Sibling No																			
បង/ប្អូនបង្កើតទី.... Sibling No																			
បង/ប្អូនបង្កើតទី.... Sibling No																			

បាត្តលេខាអ្នកស្រង់ពត៌មាន Signature of Register | **ឈ្មោះ** Name

* កុមារអាយុលើសជាង ៥ឆ្នាំ ត្រូវរាប់ជាមួយ

ប្រវត្តិនៃជំងឺរបេងកន្លងមក និងការព្យាបាល (TB Past Medical History and Treatment)

☐ មាន Yes ☐ គ្មាន No ☐ មិនដឹង Unknown

ប្រភេទនៃជំងឺរបេង Type of TB		ពេលវេលាចាប់ផ្តើម Date onset	ព្យាបាលរបេង TB treatment		
របេងសួត : PTB :	☐ BK + ☐ BK - ☐ របេងក្រៅសួត (EPTB)	/ /	☐ ប្រភេទ ១ Cat 1	☐ ប្រភេទ ៣ Cat 3	☐ មិនដឹង Unknown

លទ្ធផលព្យាបាល: Treatment outcome: ☐ មិនដឹង Unknown ☐ កំពុងទទួលការព្យាបាល On going ☐ ការព្យាបាលបានគ្រប់គ្រាន់ Treatment completed ☐ ការព្យាបាលមិនបានគ្រប់គ្រាន់ Treatment incompleted

ប្រវត្តិជំងឺផ្សេងទៀត ដែលមានកន្លងមក (Other Past Medical History)

ជំងឺឱកាសនិយម HIV related illness	ពេលវេលាចាប់ផ្តើមឈឺ Date onset of illness	លេខកូដ Code(IT Use)
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	
	/ /	

ការចាក់ថ្នាំបង្ការដល់កុមារ Vaccinations ☐ គ្រប់៥ដង Completed all 5 routine vaccinations ☐ មិនគ្រប់៥ដង Incomplete ☐ គ្មាន None ☐ មិនដឹង Unknown

ប្រវត្តិអាហាររបស់កុមារ: Infant nutrition history ☐ បៅទឹកដោះគោសុទ្ធ Exclusive formula milk ☐ បៅទឹកដោះម្តាយសុទ្ធ Exclusive Breast feeding ☐ បៅលាយ Mixed ☐ មិនដឹង Unknown

ប្រវត្តិនៃការព្យាបាលជំងឺផ្សេងទៀត ដែលមានកន្លងមក (Other Past Treatment History)

បានទទួលឱសថ ARV កន្លងទៅ រួមទាំង PMTCT Previous ARV including PMTCT							
☐ **បាទ Yes**							
☐ **ទេ No**							
ព្យាបាលបង្ការដោយ Contrimox. កន្លងទៅ Previous cotrimoxazole prophylaxis	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No	☐ មិនដឹង Unknown		/ /	/ /	
ព្យាបាលបង្ការដោយ Fluco.កន្លងទៅ Previous fluconazole prophylaxis	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No	☐ មិនដឹង Unknown		/ /	/ /	
ព្យាបាលដោយឱសថបូរាណកន្លងទៅ Previous traditional medicine	☐ មាន Yes	☐ គ្មាន No	☐ មិនដឹង Unknown		/ /	/ /	

ប្រតិកម្មឱសថ (Drug Reaction)

☐ **មាន Yes** ☐ **គ្មាន No** ☐ **មិនដឹង Unknown**

ឈ្មោះឱសថ Drug	ប្រតិកម្ម Reaction	ឈ្មោះឱសថ Drug	ប្រតិកម្ម Reaction

ហត្ថលេខាអ្នកស្រង់ពត៌មាន Signature of Register	**ឈ្មោះ** Name

* **កុមារអាយុតិចជាង ៥ឆ្នាំ ត្រូវរាប់ជាខែ**