

ការពិនិត្យថ្នាំឡើងវិញនៃអ្នកជម្ងឺអត់សម្រាន្តពេទ្យ

ខ្ញុំបានសន្ទនាជាមួយនិងវេជ្ជបណ្ឌិត ឬគិលានុប្បដ្ឋៈផ្នែកសតិអារម្មណ៍ឈ្មោះ _____ ។ គាត់បានស្នើថាខ្ញុំ
/ឬកូនរបស់ខ្ញុំទទួលយកថ្នាំពេទ្យដើម្បីព្យាបាលរោគសញ្ញា _____

ប្រភេទថ្នាំពេទ្យដែលចេញវេជ្ជបញ្ជាមានគុណភាពខ្ពស់នៅខាងក្រោមនេះ៖
 ថ្នាំរំលាយការព្រួយចិត្ត ថ្នាំរំលាយការចាប់បារម្មណ៍ ថ្នាំធ្វើឱ្យមានលំនឹងចិត្ត ថ្នាំរំលាយជម្ងឺចិត្ត ថ្នាំអាចចិត្តផ្សេងទៀត

ឈ្មោះថ្នាំ	
1.	4.
2.	5.
3.	6.

ខ្ញុំយល់អំពីកម្រិតប្រើ និងពេលវេលាត្រូវទទួលបានថ្នាំ ហើយយល់មានការផ្លាស់ប្តូរក្នុងកម្រិតប្រើថ្នាំ ព្រមទាំងពេលវេលា និងភាពញឹកញាប់ក្នុងកម្រិតនៃការព្យាបាល គេនឹងធ្វើការពិភាក្សាជាមួយខ្ញុំមុន។
បុគ្គលិកមន្ទីរព្យាបាលបានប្រាប់ខ្ញុំថា ឱសថដែលខ្ញុំទទួលបានអាចមានប្រតិកម្មយ៉ាងខ្លះកើតឡើង រួមមាន៖

- សាច់ដុំរឹងមួល/ញ័រ ងងុយដេក ស្លូតបំពង់ក/ស្រវាំងភ្នែក/ទម្រង់រាងកាយ ចង់ចង្កុរ/ផ្លាស់ប្តូរការឃ្លានអាហារ បញ្ហារួមដំណេក
- បញ្ហាដល់អ្នកមានផ្ទៃពោះ វិលមុខ ប្រតិកម្មជាមួយនិងឱសថផ្សេងៗទៀត ឬប្រូប៊ែរអាហារ និងសុខភាព ជម្ងឺទឹកនោមផ្អែម ឡើងទម្ងន់
- ផ្សេងៗទៀត៖ _____

ខ្ញុំយល់ថាប្រតិកម្មយ៉ាងខ្លះនេះអាចមានជាទូទៅ ហើយមានប្រតិកម្មផ្សេងទៀតដែលអាចមាន ប៉ុន្តែមិនមានជាទូទៅទេ។ ខ្ញុំយល់ទៀតថា ខ្ញុំត្រូវជម្រាបជូនវេជ្ជបណ្ឌិតខ្ញុំ
ឬក៏បុគ្គលិកផ្សេងទៀតក្នុងមន្ទីរព្យាបាលដោយរូសរាង បើសិនជាលក្ខណៈសុខភាពខ្ញុំ មានការប្រែប្រួល (ឧទាហរណ៍៖ វិលមុខ ងងុយគេងខ្លាំង ឬឡើងកន្ទួល)។ ខ្ញុំត្រូវជម្រាបអ្នកព្យាបាលសុខាភិបាលខ្ញុំដែរ
បើសិនជាខ្ញុំមានផ្ទៃពោះ ឬបានទទួលវេជ្ជបញ្ជាថ្នាំពីវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត ដើម្បីព្យាបាលរោគខ្លួន។

ខ្ញុំយល់ថា ថ្នាំរំលាយជម្ងឺចិត្តខ្លះអាចធ្វើឱ្យមានប្រតិកម្មយ៉ាងដូចជា ធ្វើឱ្យយើងមានចលនាស្ទើកមើក ហើយអាចបណ្តាលឱ្យអណ្តាត មុខ កញ្ជឹងក អវយវៈ ឬដងខ្លួន កម្រើកឯងៗ។
ប្រតិកម្មទាំងនេះអាចមានបន្តទៀត សូម្បីតែខ្ញុំយល់ទទួលបានថ្នាំហើយក៏ដោយ។

ខ្ញុំយល់ទៀតថា ខ្ញុំសម្រេចយកថ្នាំ និងទទួលបានថ្នាំដោយខ្លួនឯង។ ប៉ុន្តែខ្ញុំដឹងថា ខ្ញុំត្រូវពិគ្រោះជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតសុខាភិបាលរបស់ខ្ញុំគ្រប់ពេលវេលាទាំងអស់ មុននឹងខ្ញុំយល់ទទួលបានថ្នាំ។
ខ្ញុំដឹងយល់ថា វេជ្ជបណ្ឌិតសុខាភិបាលខ្ញុំមានជំនឿថាឱសថនេះនឹងជួយខ្ញុំ ប៉ុន្តែអត់មានអះអាងលទ្ធផលជាយ៉ាងណាទេ។

- ខ្ញុំបានអានក្រដាសបំពេញនេះ គេបានអានក្រដាសបំពេញនេះឱ្យខ្ញុំ
- ក្រដាសបំពេញនេះបានបកប្រែជាភាសា _____ ឱ្យខ្ញុំ។

បើសិនជាអតិថិជននិង/ ឬអ្នកទទួលខុសត្រូវចុះហត្ថលេខាលើសេចក្តីយល់ព្រមដែលមានភាសាផ្សេង ត្រូវដាក់ភ្ជាប់សេចក្តីយល់ព្រមភាសាអង់គ្លេសជាមួយគ្នា។

គេបានពន្យល់ខ្ញុំអំពីមានលើក្រដាសបំពេញនេះហើយខ្ញុំទទួលយកព្រមយកថ្នាំ និងទទួលបានថ្នាំតាមវេជ្ជបញ្ជា។

ហត្ថលេខា _____ ហត្ថលេខា _____
អតិថិជន មាតាបិតា/អ្នកអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់/អ្នកគ្រប់គ្រង

ខ្ញុំបានពន្យល់អំពីអត្ថប្រយោជន៍ ប្រតិកម្មយ៉ាងខ្លះ និងផលវិបាកនៃថ្នាំដែលមានកត់ខាងលើ ហើយបានទទួលការយល់ព្រមពីអតិថិជន/អ្នកទទួលខុសត្រូវ (PATIENT'S/RESPONSIBLE ADULT'S INFORMED CONSENT)។

ហត្ថលេខា _____ ផ្ទៃខ្មែរ
វេជ្ជបណ្ឌិតសុខាភិបាលឬគិលានុប្បដ្ឋៈនិងមុខងារ

ព័ត៌មានសម្ងាត់នេះ ផ្តល់ជូនលោកអ្នកតាមច្បាប់បញ្ញត្តិរដ្ឋ និងសហព័ន្ធ ដោយរួមមាន ប៉ុន្តែមិនកំណត់ចំពោះតែកិច្ចប្រតិបត្តិ ច្បាប់សង្គមកិច្ច និងសុវិល និងបទដ្ឋានភាពសម្ងាត់ HIPAA ដែលចូលជាធរមាន។ យើងហាមឃាត់ចំពោះការចម្លងព័ត៌មានចេញពីឯកសារព្យាបាល បើគ្មានការអនុញ្ញាតជាលាយលាក់អក្សរពីអតិថិជន ឬអ្នកទទួលខុសត្រូវលើកលែងតែបានអនុញ្ញាតតាមច្បាប់។ អ្នកត្រូវបំភ្លេចចោលឯកសារចម្លងទាំងនេះ បន្ទាប់ពីគោលបំណងនៃសំណើបានចប់សព្វគ្រប់។

ឈ្មោះ៖ _____ លេខខ្លួន៖ _____
មន្ទីរព្យាបាល៖ _____ សេវាមន្ទីរលទ្ធផល៖ _____
ខោនធី Los Angeles - ក្រសួងសុខាភិបាល

ការពិនិត្យថ្នាំឡើងវិញនៃអ្នកជម្ងឺអត់សម្រាន្តពេទ្យ