SMILE SQUAD

အခမဲ့ သွားစစ်ဆေးခြင်း

dental health services victoria

VICTORIA State Government

Smile Squad အခမဲ့ ကျောင်းသွားကျန်းမာရေးအစီအစဉ်

Smile Squad သည် သင့် ကျောင်းသို့ မကြာမီ လာရောက်ပါမည်။

ဗစ်တိုးရီးယားအစိုးရ၏ ကျောင်းသွားကျန်းမာရေးအစီအစဉ်သည် ဗစ်တိုးရီးယားအစိုးရကျောင်း ကျောင်းသားအားလုံးအတွက် အခမဲ့ဖြစ်သည်။ သင့်မိသားစု လက်လွတ်မသွားစေရန် ဤစာရွက်စာတမ်းကို လက်မှတ်ထိုးပြီး ပြန်ပေးပါ။

ကျောင်းသားအားလုံး အောက်ပါတို့ ရနိုင်ပါသည်-

- အခမဲ့ သွားစစ်ဆေးခြင်း
- သွားကျန်းမာရေးအတွက် ကြိုတင်ကာကွယ်ခြင်း
- အထွေထွေကုသမှု (လိုအပ်ပါက)

ပိုမိုသိရှိလိုပါက သို့မဟုတ် ပုံစံဖြည့်စွက်ရာတွင် အကူအညီလိုအပ်ပါက-

- **အီးမေးလ်- smilesquad@dhsv.org.au**
- **ဖုန်း - ၁၃၀၀ ၅၀၃ ၉၇၇**
- **www.health.vic.gov.au/smile-squad သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ။**

သင်လုပ်ဆောင်ရမည်များမှာ-

၁ **ဤစာအိတ်ပါ** အကြောင်းအချက်အားလုံးကို ဖတ်ပါ။

၂ **ပုံစံအားလုံးကို** အင်္ဂလိပ်လို ဖြည့်ပြီး လက်မှတ်ထိုးပါ။

- သဘောတူညီချက်ပုံစံ (p4)
- ကျောင်းသားအကြောင်း (p5)
- ကလေး သွားကျန်းမာရေး အကျိုးခံစားခွင့်လုပ်ငန်းစဉ် အစုလိုက်ငွေတောင်းခံခြင်းအတွက် လူနာသဘောတူညီချက် (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်) (p6)
- ဆေးမှတ်တမ်းရာဇဝင် (p7)
- ခံတွင်းကျန်းမာရေးမေးခွန်းလွှာ (p8)

၃ **ပုံစံများကို** တတ်နိုင်သမျှ အစောဆုံး ကျောင်းသို့ ပြန်ပေးပါ။

၄ **ဤစာအိတ်ပါ** အခြားအကြောင်းအချက်အားလုံးကို အကိုးအကားအဖြစ် သိမ်းထားပါ။

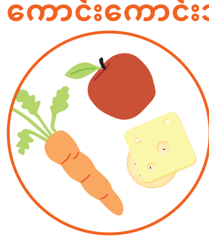
စာလုံးကြီးများသုံး၍ ပုံစံဖြည့်ပါ။

သဘောတူညီချက်ပုံစံကို အခြားဘာသာစကားများဖြင့် ဖတ်ရန် ရနိုင်ပါသည်။

ဘာသာပြန်ထားသောပုံစံများ ရှာရန် - www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad သို့ သွားပါ သို့မဟုတ် ကျူအာရ်ကုဒ်ကို စကင်န်ဖတ်ပါ။

အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့်သာ တင်ပြပါ။

ကောင်းကောင်းစား၊ ကောင်းကောင်းသောက်၊ ကောင်းကောင်းသန့်ရှင်းပါ



လတ်ဆတ်သော အစားအစာများ ရွေးချယ်ပြီး ချိုသောအစားအစာများ၊ အချိုရည်များနှင့် မုန့်အချိုများကို လျှော့စားပါ

ရေများများသောက်ပါ

ဖလူရိုက် သွားတိုက်ဆေးနှင့် မနက်ရော ညပါ သွားတိုက်ပါ

ကုန်ကျစရိတ် ရှိပါသလား

မရှိပါ၊ ဤသည်မှာ ဗိတိုရိယအစိုးရမှ ပေးအပ်သော ကျောင်းသားအားလုံးအတွက် အခမဲ့အစီအစဉ် ဖြစ်ပါသည်။

အကြံပြုချက်

ကျေးဇူးပြု၍ သင်ထင်မြင်ချက် (ကောင်းသည်ဖြစ်စေ၊ ဆိုးသည်ဖြစ်စေ) အချိန်မရွေး ပြောပြပါ။ အကြံပြုချက်ကို smilesquad@dhsv.org.au သို့ အီးမေးလ် ပို့နိုင်ပါသည်။

သွားကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများ

Smile Squad သည် အရည်အချင်းမီ ပညာရှင်များဖြင့် ဗစ်တိုးရီးယားအစိုးရကျောင်းများရှိ ကျောင်းသားများအား သွားကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှုများကို အခမဲ့ ဆောင်ရွက်ပေးပါသည်။

သွားစစ်ဆေးခြင်း (စစ်ဆေးခြင်း)

သွားစစ်ဆေးခြင်းတွင် သွားများ၊ သွားဖုံးများ၊ မေးရိုးနှင့် ခံတွင်းစစ်ဆေးခြင်းတို့ ပါဝင်သည်။

အကျိုးကျေးဇူးများ- ခံတွင်းရောဂါ/သွားပြဿနာအများစုသည် အစောပိုင်းအဆင့်များတွင် နာကျင်မှု မဖြစ်ပါ။ ပုံမှန်စစ်ဆေးခြင်းသည် ပြဿနာများကို စောစောရှာတွေ့ရန် အကောင်းဆုံးနည်းလမ်း ဖြစ်ပါသည်။ မည်သည်တို့ ဖြစ်နေသည်ကို သိသည်နှင့် နောက်ဆက်တွဲ ကုသမှုများ စီစဉ်ပေးနိုင်ပါသည်။

သင် သဘောတူပါက၊ အောက်ပါလုပ်ငန်းများကို ကျောင်းသားတစ်ဦးအား အကျိုးရှိစေမည်ဆိုပါက ဆောင်ရွက်ပေးနိုင်ပါသည်-

သွားဓာတ်မှန်များ

ဓာတ်မှန်ရိုက်စက်သည် ခန္ဓာကိုယ်အတွင်း၌ ဖြစ်ပျက်နေသည့်ပုံများ ဖော်ထုတ်ရန် ဓာတ်ရောင်ခြည်ကို အသုံးပြုပါသည်။

ပါးစပ်အတွင်းဖလင်အသေး ထည့်၍ သွားဓာတ်မှန်ကို ရိုက်ပါသည်။

အကျိုးကျေးဇူးများ- ဓာတ်မှန်သည် သာမန်မျက်စိဖြင့် မမြင်နိုင်သော သွားနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များကို ပေးပါသည်။ ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်းသည် သွားပိုးစားခြင်း၊ ပိုးဝင်ခြင်းနှင့် အခြားပြဿနာများကို ရှာဖွေနိုင်ပါသည်။

အန္တရာယ်များ- ဓာတ်မှန်သည် အလွန်အန္တရာယ်ကင်းပါသည်။ ပုံမှန်ရိုက်သော ဓာတ်မှန်များသည် လေယာဉ်စီးသည်ထက် ဓါတ်ရောင်ခြည် နည်းပါးပါသည်။

ဖလူရိုက်အဆီလိမ်းခြင်း

ဖလူရိုက်အဆီကို အနည်းဆုံး ခြောက်လတစ်ကြိမ် လိမ်းပါက အကောင်းဆုံးကာကွယ်နည်း ဖြစ်ပါသည်။

သွားများပေါ်တွင် ဖလူရိုက်အဆီ လိမ်းခြင်းသည် အလွန်လွယ်ကူပြီး များသောအားဖြင့် မိနစ်အနည်းငယ် ကြာပါသည်။ သင့်သွားတိုက်သည့်အထိ အဆီသည် သွားများပေါ်တွင် ကပ်နေပါသည်။

အကျိုးကျေးဇူးများ- ဖလူရိုက်သည် သွားများသန့်မာစေရန် ကူညီပေးပြီး သွားပိုးစားခြင်းကို ကာကွယ်ပေးသည့် ဓာတ်တစ်မျိုးဖြစ်သည်။ ဖလူရိုက်အဆီသည် သွားပိုးစားခြင်းမဖြစ်ရန် တားဆီးနိုင်ပြီး သွားပိုးစားသည့်နှုန်းကို နှေးကွေးစေနိုင်သည်။

အန္တရာယ်များ- ဖြစ်နိုင်ချေ နည်းသော်လည်း အချို့လူများသည် ဖလူရိုက်အဆီပါပစ္စည်းနှင့် ဓာတ်မတည့်ပါ။ ကိုလိုဖိုနီ/ရိုစင်၊ ကေစင် (နို့အသားဓာတ်) နှင့် မတည့်သော သို့မဟုတ် ပြင်းထန်ပန်းနာရင်ကျပ်ရောဂါရှိသော ကျောင်းသားများသည် ဖလူရိုက်အဆီကို မသုံးနိုင်ပါ။

အက်ကြောင်း ပိတ်ဆေးများ

ပိတ်ဆေးများသည် သွားအပေါ်အချိုင့်များ (အက်ကြောင်းများ) ပေါ်တွင် လိမ်းဆေးဖြစ်ပါသည်။ ၎င်းတို့ကို အံသွားများပေါ်တွင် လိမ်းလေ့ရှိသည်။

အကျိုးကျေးဇူးများ- ပိတ်ဆေးများသည် သွားအပေါ်အချိုင့်များကို ဖုံးအုပ်ပြီး အစာနှင့် ပိုးများ ကပ်နေနိုင်ခြင်းကို တားဆီးပေးသည်။ ထို့ကြောင့် သွားအပေါ်အချိုင့်များတွင် သွားပိုးစားခြင်းနှင့် ပုံ့နှံ့ခြင်းကို တားဆီးရပ်တန့်စေပါသည်။

ပိတ်ဆေးများစုတွင် ဖလူရိုက် ပါဝင်ပါသည်။ ပိတ်ဆေးများသည် အချိန်ကြာလာသည်နှင့်အမျှ နည်းသွားနိုင်ပြီး ထပ်ဖြည့်ရန် သို့မဟုတ် အသစ်လုပ်ရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။

သွားသန့်ရှင်းရေး

သွားပွတ်တံက ကျောက် (မာကျောသော ကျောက်) သို့မဟုတ် ခိုင်မြဲသော အစွန်းအထင်းများကို မဖယ်ရှားနိုင်သည့်အခါ၊ သွားများကို သန့်ရှင်းရေး ထပ်ဆောင်းပြုလုပ်ရန် လိုအပ်ပါသည်။

အကျိုးကျေးဇူးများ- သွားဖုံးကို ယားယံစေသည့် ကျောက်ဖယ်ရှားခြင်းဖြင့် သွားဖုံးရောဂါဖြစ်နိုင်ခြေကို လျှော့ချပေးနိုင်ပါသည်။

နောက်ဆက်တွဲကုသမှု

နောက်ဆက်တွဲကုသမှု လိုအပ်ပါက Smile Squad မှ ဤအကြောင်းကို ဆွေးနွေးပြီး ခွင့်ပြုချက်တောင်းပါမည်။

အမေးများသောမေးခွန်းများ

မိဘများ၊ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူများ သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်သူများသည် ကျောင်းသားရက်ချိန်းကို လိုက်လာရန် လိုအပ်ပါသလား။
မိဘများ၊ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူများ သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်သူများ လိုက်လာလိုပါက ရသော်လည်း လိုအပ်ချက်တစ်ခု မဟုတ်ပါ။

လိုက်လာလိုပါက Smile Squad သို့ ဆက်သွယ်ပါ။

အပိုကုသမှု လိုအပ်ပါက၊ ရက်ချိန်းသို့ လိုက်လာရန် မိဘ၊ တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်သူကို အကြောင်းကြားပါမည်။

ကျောင်းသားသည် မကြာသေးမီက သွားနှင့်ခံတွင်းကုသမှု ခံယူခဲ့ပါက ဘာလုပ်ရမည်နည်း။
ကျောင်းသားသည် မကြာသေးမီက သွားနှင့်ခံတွင်းဆေးခန်း သွားခဲ့ပါက ၎င်းတို့ကို Smile Squad မှ ထပ်မံကြည့်ရှုပေးနိုင်ပါသည်။ ထိုကျောင်းသားများသည် ဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်းနှင့် အခြားကြိုတင်ကာကွယ်ရေးလုပ်ငန်းများ မလိုအပ်နိုင်ပါ။

Smile Squad လာသည့်အချိန်အတွင်း ကျောင်းသားသည် ကျောင်းမတက်ပါက မည်သို့လုပ်ဆောင်မည်နည်း။
ကျောင်းသားသည် ကျောင်းမတက်ပါက၊ ၎င်းတို့ကို နောက်ရက်တွင် တွေ့ပါမည် သို့မဟုတ် ၎င်းတို့၏ အနီးအနားရှိ ရပ်ကွက်တွင်း သွားဆေးခန်းသို့ သွားနိုင်သည်။ ထိုသို့သွားခြင်းများသည် အခမဲ့ဖြစ်သည်။

www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search တွင် သင့်အနီးဆုံး ရပ်ကွက်တွင်း သွားဆေးခန်းကို ရှာပါ။

သဘောတူညီချက်ကို မည်သူပေးနိုင်သနည်း။
မိဘများ၊ တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူများ သို့မဟုတ် ဆုံးဖြတ်ချက်ပေးနိုင်သော လူငယ်များသည် ဤပုံစံများကို ဖြည့်စွက်ပြီး သဘောတူညီချက် ပေးနိုင်ပါသည်။

ဆုံးဖြတ်ချက်ပေးနိုင်သော လူငယ်များအဖြစ် သတ်မှတ်ရန်၊ ကျောင်းသားသည် အခြေအနေနှင့် ပြုလုပ်ရမည့် ကုသမှု၏ အန္တရာယ်များ၊ အကျိုးကျေးဇူးများနှင့် ဖြစ်နိုင်ခြေရှိသော နောက်ဆက်တွဲပြဿနာများအကြောင်း လုံလောက်စွာ နားလည်သဘောပေါက်ပြီး သဘောတူညီချက်ပေးသည်ကို ဆရာဝန်က သဘောတူရပါမည်။

ကျောင်းသားတစ်ဦးသည် သွားနှင့်ခံတွင်းကုသမှုဆိုင်ရာ ဆုံးဖြတ်ချက်အချို့ကို ချမှတ်နိုင်သည်ဟု ယူဆနိုင်သော်လည်း အခြားအရာများ မပါဝင်ပါ။ ဆရာဝန်က အလယ်တန်းကျောင်းအရွယ် ကျောင်းသားတစ်ဦးအား ဆုံးဖြတ်ချက်ပေးနိုင်သော လူငယ်တစ်ဦးအဖြစ်မသတ်မှတ်ပါက
မိဘ သို့မဟုတ် တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူထံမှ သဘောတူညီချက်ကို ရယူမည်ဖြစ်သည်။

ကလေးသွားဘက်ဆိုင်ရာ အကျိုးကျေးဇူးအစီအစဉ် (CDBS)

ကျောင်းသားအချို့သည် Medicare မှတစ်ဆင့် ဩစတြေးလျအစိုးရ၏ ကလေးသွားဘက်ဆိုင်ရာ အကျိုးကျေးဇူးအစီအစဉ် (CDBS) ရနိုင်ပါသည်။

CDBS သဘောတူညီချက်ဖောင်တွင် လက်မှတ်ထိုးပါက ဤသွားဘက်ဆိုင်ရာကုသမှုအတွက် သင့်ကိုယ်စား ဩစတြေးလျအစိုးရသည် ကျွန်ုပ်တို့အား တောင်းဆိုခွင့်ပြုပါသည်။

ကလေးသွားဘက်ဆိုင်ရာ အကျိုးကျေးဇူးအစီအစဉ် (CDBS) သည် မည်သည်နည်း။

CDBS သည် ရနိုင်ခွင့်ရှိသော အသက် ၀ မှ ၁၇နှစ်အရွယ်များအတွက် အခြေခံသွားဘက်ဆိုင်ရာ ကုသမှုကို နှစ်နှစ်တာကာလအတွင်း ပံ့ပိုးပေးသည့် Medicare အစီအစဉ်တစ်ခုဖြစ်သည်။

ကျောင်းသားများသည် အောက်ပါတို့အတွက် CDBS ကို အသုံးပြုနိုင်သည်-

- Smile Squad ဝန်ဆောင်မှုများအတွက်
- ဗစ်တိုးရီးယား ပြည်သူ့သွားဆေးခန်းတွင်
- ပုဂ္ဂလိက သွားဆေးခန်းတွင်

Smile Squad သည် ရနိုင်ခွင့်ရှိသောကျောင်းသားများအတွက် CDBS ကို အသုံးပြုပါမည်။

CDBS သဘောတူညီချက်ပုံစံတွင် လက်မှတ်မထိုးသော်လည်း၊ ကျောင်းသားတိုင်းသည် Smile Squad မှ အခမဲ့ သွားဘက်ဆိုင်ရာစောင့်ရှောက်မှုကို ရရှိနိုင်ဆဲ ဖြစ်ပါသည်။ **သင့်အတွက် ကုန်ကျစရိတ်ရှိမည် မဟုတ်ပါ။**

Smile Squad သည် ကုန်ကျစရိတ်များကို Medicare ထံမှ တောင်းဆိုနိုင်ရန်အတွက် စုပေါင်းငွေပေးချေမှု CDBS သဘောတူညီချက်ပုံစံတွင် လက်မှတ်ထိုးရန် သင့်အား တိုက်တွန်းအပ်ပါသည်။ ၎င်းသည် ဗစ်တိုးရီးယားပြည်နယ်သားများအတွက် သွားနှင့်ခံတွင်းဆိုင်ရာ စောင့်ရှောက်မှုကို ပံ့ပိုးပေးနိုင်ရန် ကူညီပေးသည်။

စုပေါင်းငွေပေးချေမှု ကုန်ကျစရိတ်များအတွက် အကိုးအကားများ

Medicare သည် သင့်ထံသို့ ဤအချက်အလက်များ ပေးရန် ကျွန်ုပ်တို့ကို တောင်းဆိုထားပါသည်။ CDBS ကို သင်အသုံးပြုပါက အောက်ပါငွေပမာဏများကို သင့် CDBS အကျိုးခံစားခွင့်မှ ထုတ်ယူသွားမည် ဖြစ်ပါသည်။

ဝန်ဆောင်မှု	CDBS စုပေါင်းငွေပေးချေမှု အခကြေးငွေ	သင်မည်မျှပေးရမည်နည်း
သွားစစ်ဆေးခြင်း (စစ်ဆေးခြင်း)	$59.60	$0.00
သွားဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း (လိုအပ်ပါက)	ဓာတ်မှန်တစ်ခုလျှင် $34.50	$0.00
အက်ကြောင်း ပိတ်ဆေးများ (လိုအပ်ပါက)	သွားတစ်ချောင်းလျှင် $52.15 (အများဆုံး)	$0.00
သွားသန့်ရှင်းရေး (လိုအပ်ပါက)	$101.55 (အများဆုံး) လိုအပ်သောသန့်ရှင်းရေးအဆင့်ပေါ် မူတည်၍	$0.00
သွားအားလုံး ဖလူရိုက်အဆီလိမ်းခြင်း (လိုအပ်ပါက)	$39.15 တစ်ကြိမ် (၁၂လအတွင်း အများဆုံး နှစ်ကြိမ်)	$0.00

ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု

သွားနှင့်ခံတွင်းကျန်းမာရေးဝန်ဆောင်မှု ဗစ်တိုးရီးယား (DHSV) သည် ရပ်ရွာတွင်း သွားဘက်ဆိုင်ရာအေဂျင်စီများနှင့် ပူးပေါင်း၍ Smile Squad ကို ပံ့ပိုးပေးနေပါသည်။ DHSV သည် Smile Squad လူနာစာရွက်စာတမ်းများအတွက် တာဝန်ရှိပါသည်။ DHSV သည် သင့်ကိုယ်ရေးအချက်များအား လေးစားပြီး သင့်အကြောင်းအချက်များကို ကာကွယ်ရန် ကတိပြုပါသည်။ *ကျန်းမာရေးမှတ်တမ်းများအက်ဥပဒေနှင့် ကိုယ်ရေးအချက်နှင့် ဒေတာကာကွယ်ရေးဥပဒေတို့အရ* သင့်အကြောင်းအချက်များကို ကိုင်တွယ်ဆောင်ရွက်ပါမည်။

အချို့အချိန်များတွင် ကျွန်ုပ်တို့၏ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများကို ပိုမိုကောင်းမွန်လာစေရန်အတွက် Smile Squad သုတေသနနှင့် အကဲဖြတ်ခြင်းရည်ရွယ်ချက်များတွင် အချက်အလက်နှင့် အကြံပြုချက်များကို စုဆောင်းပါမည်။ ဤအတွက် သင့်အမည် အစား အမည်ဝှက်သုံးပါမည်။

DHSV၊ ပညာရေးဌာနနှင့် ကျန်းမာရေးဌာနတို့ကဲ့သို့ အစိုးရဌာနများအကြား အမည်မဖြုပ်ထားသည့် အချက်အလက်များကို မျှဝေရန် လိုအပ်ပါသည်။ ဗစ်တိုးရီးယားရှိ ကျောင်းရှိကျောင်းသားအားလုံး၏ သွားနှင့်ခံတွင်းကျန်းမာရေးအကြောင်း အတူတကွ လေ့လာနိုင်စေရန် ဤသို့ လုပ်ဆောင်ရခြင်း ဖြစ်ပါသည်။ မည်သူမည်ဝါ သိစေနိုင်သော အကြောင်းအချက်မှန်သမျှကို ဖယ်ရှားပါမည်။

DHSV ၏ ကိုယ်ရေးကိုယ်တာထုတ်ပြန်ချက်အပြည့်အစုံကိုဖတ်ရန် www.dhsv.org.au/privacy သို့ ဝင်ရောက်ကြည့်ရှုပါ သို့မဟုတ် အောက်ပါ QR ကုတ်ကို စကင်န်ဖတ်ပါ။

အခွင့်အရေးနှင့် တာဝန်များ

သင့်ကျန်းမာရေးကုသမှုခွင့်၏မိတ္တူကို ကျန်းမာရေးစောင့်ရှောက်မှုတွင် ဘေးအန္တရာယ်ကင်းရှင်းရေးနှင့် အရည်အသွေးဆိုင်ရာ ဩစတြေးလျကော်မရှင်ဝဘ်ဆိုက်တွင် ရနိုင်ပါသည်။

ကျောင်းအမည်- ______________________ **အတန်း/အခန်း (ဥပမာ-2B)-** ______________________

ကျောင်းသား၏အမည်အပြည့်အစုံ- ______________________ **ကျောင်းသားမွေးသက္ကရာဇ်-**___ / ___ / ___

Smile Squad ကျောင်းသွားကျန်းမာရေးအစီအစဉ်တွင် ပါဝင်ရန် အထက်ဖော်ပြပါ ကျောင်းသားအတွက် မိမိ၏ သဘောတူညီချက် ပေးပါသည်။

ဤကျောင်းသားသည် အောက်ပါဝန်ဆောင်မှုများကို လက်ခံရယူရန် သဘောတူညီချက်ကို ပေးပါသည်။

သွားစစ်ဆေးခြင်း (စစ်ဆေးခြင်း) ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်၊

မှတ်ချက်- အခြားဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများကို မပြုလုပ်မီ သွားနှင့်ခံတွင်းစစ်ဆေးခြင်းအား သင်သည် ဟုတ် ဟု ပြောရပါမည်။

သွားဓာတ်မှန်ရိုက်ခြင်း (လိုအပ်ပါက) ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်

ဖလူရိုက်အဆီ (လိုအပ်ပါက) ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်

အက်ကြောင်း ပိတ်ဆေးများ (လိုအပ်ပါက) ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်၊

သွားသန့်ရှင်းရေး (လိုအပ်ပါက) ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်၊

> ကျွန်ုပ်တို့သည် သွားနှင့်ခံတွင်းကျန်းမာရေးဆိုင်ရာ ကျွမ်းကျင်ပညာရှင်များ၏ မျိုးဆက်သစ်များကို လေ့ကျင့်ပေးလျက်ရှိသည်။ အရည်အချင်းပြည့်မီသော Smile Squad ဆရာဝန်၏ ကြီးကြပ်မှုအောက်တွင် လုပ်ဆောင်နေသော သွား/ခံတွင်းကျန်းမာရေး ကျောင်းသားက ကျောင်းသားများကို စမ်းသပ်နိုင်ပါသည်။
>
> ကျောင်းသားအား သွားနှင့်ခံတွင်းကျန်းမာရေး ကျောင်းသားမှ ကြည့်ရှုရန် သင်သဘောတူပါသလား။ ☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

သင့်လျော်သော ကုသမှုပေးရန်အတွက် လိုအပ်သော သက်ဆိုင်ရာ ကျန်းမာရေးနှင့် ကိုယ်ရေးကိုယ်တာ အချက်အလက်အားလုံးကို Smile Squadသို့ မိမိ သိသလောက် အတတ်နိုင်ဆုံး ဖြည့်ဆည်းပေးရမည်ကို မိမိ သဘောတူပါသည်။

သဘောတူညီချက်ကို ပေးရာတွင်၊ ဤသဘောတူညီချက်ပုံစံနှင့် ဤစာအိတ်တွင်ပါရှိသော အကြောင်းအချက်များကို ဖတ်ပြီးကြောင်း သဘောတူပါသည်။ အောက်ပါတို့ကို နားလည်ရန် မိမိတွင် လုံလောက်သော အကြောင်းအချက် ရှိပါသည်-

သွားဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုများ

အကျိုးကျေးဇူးများနှင့် အန္တရာယ်များ၊ ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ လုပ်ဆောင်မည့်နေရာနှင့် လုပ်ဆောင်ပေးမည်သူများ စသည့်တို့ အပါအဝင် Smile Squad မှ ပေးသည့် သွားနှင့်ခံတွင်း ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းအမျိုးအစားများကို မိမိသိရှိနားလည်ပါသည်၊ ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းအားလုံးသည် အခမဲ့ဖြစ်သည်။

သွားနှင့်ခံတွင်းဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများအပြီး စောင့်ရှောက်မှု

Smile Squad ဆရာဝန် သို့မဟုတ် ကျောင်းဝန်ထမ်းများသည် သွားနှင့်ခံတွင်းဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများ ရရှိပြီးနောက် ကျောင်းသားသည် ကျောင်းတွင် နေမကောင်းဖြစ်နေပါက သို့မဟုတ် ကျောင်းတွင် လုပ်မပေးနိုင်သော နောက်ထပ် ကုသမှုများ လိုအပ်ပါက မိဘ၊ တရားဝင် အုပ်ထိန်းသူ သို့မဟုတ် ပြုစုစောင့်ရှောက်သူထံ ဆက်သွယ်နိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်ပါသည်။

ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှု

ဤစာအိတ်ပါ ကိုယ်ရေးလုံခြုံမှုအချက်အလက်အကြောင်းကို မိမိ ဖတ်ရှုနားလည်ပြီး၊ ဤအစီအစဉ်သည် ကျောင်းသား၏ကျန်းမာရေးကုသမှုအကြောင်းအချက်များကို မည်သို့စီမံခန့်ခွဲမည်ကို အသိအမှတ်ပြုပါသည်။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ/ကျောင်းသား* လက်မှတ်- ______________________

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ/ကျောင်းသား* အမည်အပြည့်အစုံ- ______________________ **ရက်စွဲ-** ___ / ___ / ___

* အသက် ၁၈နှစ်နှင့်အထက် ကျောင်းသားများနှင့် သွားဘက်ဆိုင်ရာ ဝန်ဆောင်မှုလုပ်ငန်းများကို ရယူအသုံးပြုရန် ရည်ရွယ်ချက်အတွက် ဆုံးဖြတ်နိုင်သော လူငယ်အဖြစ် သတ်မှတ်ခံထားရသူများသည် ၎င်းတို့ကိုယ်တိုင် သဘောတူညီနိုင်ပါသည်။ ဤသဘောတူညီချက်သည် လက်မှတ်ထိုးသည့်နေ့မှ ၁၂ လအထိ သက်တမ်းရှိသည်။

ကျောင်းအမည်- ______________________ **အတန်း/အခန်း (ဥပမာ 2B):** ______________________

ကျောင်းသားအကြောင်း

ပထမအမည်- ______________________ **မိသားစုအမည်-** ______________________

လိင်- ☐ **ကျား-** ☐ **မ-** ☐ **အခြား၊** ကျေးဇူးပြု၍ဖော်ပြပါ ______________________ **မွေးသက္ကရာဇ်-** ___ / ___ /___

ကျောင်းသား၏ စိတ်ကြိုက် သုံးစေလိုသော အမည်များကား အဘယ်နည်း။ (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်) ______________________

လိပ်စာ- ______________________

ရပ်ကွက် ______________________ **စာတိုက်သင်္ကေတ**______________________

သင်ကိုယ်တိုင် သဘောတူညီချက်ပေးသော ကျောင်းသားဖြစ်ပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ အောက်ပါတို့ကို ဖြေပေးပါ-

ဖုန်းနံပါတ်- ______________________ **အီးမေးလ်-**______________________

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ အသေးစိတ် -

ပထမအမည်- ______________________

မိသားစုအမည်- ______________________

ကျောင်းသားနှင့် တော်စပ်ပုံ- ______________________

ဖုန်းနံပါတ်- ______________________

အီးမေးလ်- ______________________

နောက်ထပ် မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ အသေးစိတ်များ (ချန်လှပ်ထားနိုင်သည်)

ပထမအမည်- ______________________

မိသားစုအမည်- ______________________

ကျောင်းသားနှင့် တော်စပ်ပုံ- ______________________

ဖုန်းနံပါတ်- ______________________

အီးမေးလ်- ______________________

ဤကျောင်းသားသည် ဌာနေကျွန်းသား သို့မဟုတ် တောရက်စ်ရေလက်ကြားကျွန်းသား ဖြစ်ပါသလား။

- ☐ မဟုတ်ပါ၊ ဌာနေကျွန်းသား သို့မဟုတ် တောရက်စ်ရေလက်ကြားကျွန်းသား မဟုတ်ပါ၊
- ☐ ဌာနေကျွန်းသား/
- ☐ တောရက်စ် ရေလက်ကြား ကျွန်းသား
- ☐ ဌာနေကျွန်းသား သို့မဟုတ် တောရက်စ်ရေလက်ကြားကျွန်းသား
- ☐ မပြောလိုပါ

ဤကျောင်းသားသည် ခိုလှုံခွင့်တောင်းသူ သို့မဟုတ် ဒုက္ခသည် ဖြစ်ပါသလား။

- ☐ မဟုတ်ပါ၊ ခိုလှုံခွင့်တောင်းသူ သို့မဟုတ် ဒုက္ခသည် မဟုတ်ပါ။
- ☐ ဒုက္ခသည်
- ☐ ခိုလှုံခွင့်တောင်းသူ
- ☐ မပြောလိုပါ။

စကားပြန် လိုအပ်ပါသလား။ ☐ လိုပါသည် ☐ မလိုပါ

ပြောလိုသော ဘာသာစကား- ______________________

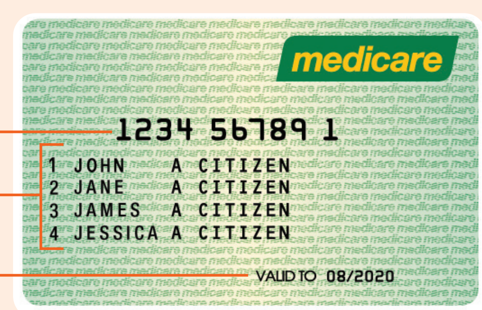
ဤကျောင်းသားက ဩစတြေးလျနိုင်ငံမှာ မွေးဖွားခဲ့ပါသလား။ ☐ ဟုတ် ☐ မဟုတ်၊ ၎င်းကို မည်သည့်နိုင်ငံတွင် မွေးဖွားခဲ့သနည်း။ ______________________

ဤကျောင်းသားတွင် မယ်ဒီကဲလ် ကတ်မရှိပါက၊ ကျေးဇူးပြု၍ ဤအပိုင်းကို ချန်ထားပါ။

ဤကျောင်းသား၏ မယ်ဒီကဲလ်ကတ်နံပါတ်- ☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐

တစ်ဦးချင်း ရည်ညွှန်းနံပါတ်- ☐

သက်တမ်းကုန်ဆုံးရက်- ☐☐/☐☐☐☐



လမ်းညွှန်
- ဤအဘောတူညီချက်ပုံစံကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် ဖြည့်စွက်ပြီး ပြန်ပို့ပေးပါ။

Australian Government
Department of Health

ကလေး သွားနှင့်ခံတွင်းအကျိုးဆောင်ရွက်ခြင်း အစီအစဉ်
အစုလိုက် ငွေတောင်းခံလွှာအား လူနာသဘောတူညီချက်ပုံစံ

မိမိအား အောက်ပါတို့ကို အသိပေးရှင်းပြထားသည်ကို မိမိ၊ <u>လူနာ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ</u>က မှန်ကန်ပါကြောင်း အတည်ပြုပါသည်။

- ကလေး သွားနှင့်ခံတွင်းအကျိုးဆောင်ရွက်ခြင်း အစီအစဉ်အရ ဤနေ့မှစ၍ ဆောင်ရွက်ပေးပြီး သို့မဟုတ် ဆောင်ရွက်ပေးမည့် ကုသမှု၊

- ဤကုသမှု၏ ကုန်ကျစရိတ် ခန့်မှန်းချက် နှင့်

- မိမိအား ကလေး သွားနှင့်ခံတွင်းအကျိုးဆောင်ရွက်ခြင်း အစီအစဉ်အရ ဝန်ဆောင်မှုများကို အစုလိုက်ငွေတောင်းခံမည်ဖြစ်ပြီး၊ အကျိုးခံစားခွင့်ရနိုင်ခွင့်သတ်မှတ်ချက်အောက်တွင် လုံလောက်သောငွေ ရှိပါက ဤဝန်ဆောင်မှုများ၏ကုန်ကျစရိတ်အတွက် ထပ်ဆောင်းပေးချေရမည် မဟုတ်ပါ။

မိမိ/လူနာသည် အကျိုးခံစားခွင့်ရနိုင်ခွင့်သတ်မှတ်ချက်အောက်ရှိ အကျိုးခံစားခွင့်များကိုသာ ရရှိနိုင်မည်ဖြစ်ကြောင်း မိမိ နားလည်ပါသည်။

ဝန်ဆောင်လုပ်ငန်းအချို့အတွက် အကျိုးခံစားခွင့်များသည် ကန့်သတ်ချက်များရှိနိုင်ပြီး ကလေးသွားနှင့်ခံတွင်းအကျိုးဆောင် ရွက်ခြင်း အစီအစဉ်သည် အကန့်အသတ်ရှိသော ဝန်ဆောင်မှုများကို အကျုံးဝင်ကြောင်း မိမိ နားလည်ပါသည်။ ကလေးသွား နှင့်ခံတွင်းအကျိုးဆောင်ရွက်ခြင်း အစီအစဉ်မှ အကျုံးမဝင်သော ဝန်ဆောင်မှုကုန်ကျစရိတ်များကို မိမိမှ ဖြည့်ဆည်းရန် လိုအပ်မည်ကို မိမိ နားလည်ပါသည်။

ဝန်ဆောင်မှုကုန်ကျစရိတ်သည် ရရှိနိုင်သောအကျိုးခံစားခွင့်ကို လျှော့ချပေးမည်ဖြစ်ကြောင်းနှင့် နောက်ထပ်ဝန်ဆောင်မှုတစ်ခု၏ ကုန်ကျစရိတ်များကို ကိုယ်တိုင်ကိုယ်ကျ ဖြည့်ဆည်းရန် လိုအပ်နိုင်ကြောင်းကို မိမိနားလည်ပါသည်။

ရည်ညွှန်း #

☐☐☐☐ ☐☐☐☐☐ ☐

လူနာ၏ မယ်ဒီကဲလ် နံပါတ်	လူနာ/တရားဝင်အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်
လူနာအမည်အပြည့်အစုံ	လက်မှတ်ရေးထိုးသူ၏ အမည်အပြည့်အစုံ (လူနာမဟုတ်ပါက)
	ရက်စွဲ

ဤပုံစံသည် လက်မှတ်ထိုးထားသည့်နှစ်၏ ဒီဇင်ဘာ ၃၁ ရက်အထိ အကျုံးဝင်ပါသည်။

ဤကျောင်းသားတွင် အရင်က ဆေးမတည့်မှုတစ်ခုခု ရှိပါသလား။

☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ **ဟုတ်ပါက-**

☐ ပဋိဇီဝဆေး ☐ ကေဆင်း (နို့အသားဓာတ်) ☐ ကိုလိုဖနီ/ရိုဇင် ☐ အစားအသောက်

☐ အစေး သို့မဟုတ် တိပ်ခွေ ☐ အခြားဆေးဝါးများ ☐ အခြား

ကျောင်းသားသည် လောလောဆယ်ဆယ် သောက်နေသောဆေး ရှိပါသလား။

☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ **ဟုတ်ပါက ကျေးဇူးပြု၍ ဆေးအမည်၊ ဆေးသောက်ပုံနှင့် အကြိမ်ရေကို ရေးပါ**

ကျောင်းသားတွင် အဆုတ်ရောဂါ ရှိပါလား။

☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ **ဟုတ်ပါက-**

☐ ပန်းနာရင်ကျပ် → ဆေးရှုံတက်ဖူးပါက ခုနှစ်နှင့်လ ပေးပါ

☐ အဆုတ်ရောဂါ ☐ တီဘီရောဂါ ☐ အခြား

ကျောင်းသားတွင် နှလုံး (နှလုံးနှင့်သွေးကြော) ရောဂါ ရှိပါသလား။

☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ **ဟုတ်ပါက-**

☐ နှလုံးချို့ယွင်းချက် ☐ နှလုံးခွဲစိတ်မှု ☐ နှလုံးလေးဘက်နာရောဂါ

☐ သွေးကျ သို့မဟုတ် သွေးတိုး ☐ သွေးထွက်လွန်ခြင်း သို့မဟုတ် သွေးရောဂါ ☐ အခြား

ကျောင်းသားတွင် အာရုံခံမှု၊ သိမြင်နားလည်မှု လိုအပ်ချက် သို့မဟုတ် ထပ်လောင်းလိုအပ်ချက်များ (မသန်စွမ်းမှု) ရှိပါသလား။

☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ **ဟုတ်ပါက-**

☐ စိုးရိမ်စိတ် သို့မဟုတ် စိတ်ဓာတ်ကျခြင်း ☐ အာရုံစူးစိုက်မှု ချို့ယွင်းမှု ရောဂါများ ☐ ဖွံ့ဖြိုးမှုချို့ယွင်းရောဂါ ☐ ခန္ဓာကိုယ် (ဘီးတပ်ကုလားထိုင်သုံးရန်လိုအပ်ခြင်း အပါအဝင်)

☐ ဉာဏ်ရည် ☐ အမြင် သို့မဟုတ် အကြား ချို့ယွင်းခြင်း ☐ အခြား

ကျောင်းသားတွင် အခြားကျန်းမာရေး သို့မဟုတ် ရောဂါ အခြေအနေရှိပါသလား။

☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ **ဟုတ်ပါက-**

☐ ဆီးချိုအမျိုးအစား ၁ ☐ ဆီးချိုအမျိုးအစား ၂ ☐ ကင်ဆာ ☐ နာတာရှည်ရောဂါ (ဥပမာ လေဖြတ်ခြင်း၊ အဆစ်အမြစ်ရောင်ခြင်း)

☐ ကျောက်ကပ်ရောဂါ ☐ အသည်းရောဂါ ☐ တက်ခြင်း သို့မဟုတ် ဝက်ရူးပြန်ရောဂါ ☐ အခြားခွဲစိတ်မှု (ဥပမာ ကိုယ်အင်္ဂါအစားထိုးခြင်း၊ အဆစ်အတု)

☐ အခြား

ကျောင်းသားမှာ ကိုယ်ဝန်ရှိနိုင်ပါသလား။ ☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မသက်ဆိုင်ပါ

ကျောင်းသားသည် ဆေးရွက်ကြီးထွက်ပစ္စည်းများ (ဆေးလိပ်သောက်ခြင်း) သို့မဟုတ် အီး-စီးကရက် (အငွေ့ရှူခြင်း) ကို အသုံးပြုပါသလား။ ☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မသက်ဆိုင်ပါ

ဟုတ်ပါက- ☐ ဆေးလိပ်သောက်ခြင်း ☐ အငွေ့ရှူခြင်း ☐ အခြား

ကျောင်းသားသည် အရက်သောက်တတ်ပါသလား။ ☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မသက်ဆိုင်ပါ

အကယ်၍ သင်သည် အထက်ဖော်ပြပါများထဲမှ**အခြားကို**ဖြေဆိုခဲ့လျှင် ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ။

- သဘောတူညီချက်ပုံစံကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် ဖြည့်စွက်ပြီး ဖြန့်ပိုင်ပေးပါ။

ကျောင်းသားအကြောင်း ပိုမိုနားလည်ရန်နှင့် ၎င်းတို့အတွက် အကောင်းဆုံးအစီအစဉ်ကို ရေးဆွဲရေးအထောက်အကူဖြစ်စေရန် အောက်ပါမေးခွန်းများကို မေးထားပါသည်။

ကျောင်းသားသည် ပါးစပ်ထဲတွင် နာကျင်နေသလား (ဥပမာ သွားပြဿနာကြောင့် အိပ်ရခက်ခြင်း)။
☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

ကျောင်းသားသည် သွား သို့မဟုတ် ခံတွင်းပြဿနာကြောင့် အစာအစာစားခြင်း သို့မဟုတ် သောက်ခြင်းတွင် အခက်အခဲရှိပါသလား။
☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

ကျောင်းသားသည် သွား သို့မဟုတ် ခံတွင်းပြဿနာကြောင့် စကားပြောရန် အခက်အခဲရှိပါသလား။
☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

ကျောင်းသားသည် သွား သို့မဟုတ် ခံတွင်းပြဿနာကြောင့် ကျောင်း သို့မဟုတ် အခြားကိစ္စများ ပျက်ခဲ့ပါသလား။
☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

ကျောင်းသားသည် သွား သို့မဟုတ် ခံတွင်းပြဿနာကြောင့် အခြားကျောင်းသားများအား ပြုံးခြင်း၊ ရယ်ခြင်း သို့မဟုတ် သွားပေါ်ခြင်းကို ရှောင်ရှားနေရပါသလား။
☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

ကျောင်းသားသည် ယခင်က သွားများကို စစ်ဆေးဖူးပါသလား။
☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ
စစ်ဆေးဖူးလျှင် အချိန်သိပါက ပြောပါ

လွန်ခဲ့သည့် သုံးနှစ်အတွင်း သွားပိုးစားခြင်းကြောင့် ကျောင်းသားတွင် သွားအပေါက်ဖာရခြင်း သို့မဟုတ် နှုတ်ရခြင်း ရှိပါသလား။
☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မသေချာပါ

ကျောင်းသားသည် သစ်သီးဖျော်ရည်၊ အချိုရည် သို့မဟုတ် အနှစ်ဖျော်ရည်များကဲ့သို့ သကြားအချိုရည်များကို မည်မျှ သောက်ပါသနည်း။
☐ တစ်နေ့လျှင် သုံးကြိမ် သို့မဟုတ် ပို၍
☐ တစ်နေ့လျှင် တစ်ကြိမ် သို့မဟုတ် နှစ်ကြိမ်
☐ တစ်ပတ်လျှင် အကြိမ်အနည်းငယ်
☐ မသောက်သလောက်ပါ

ကျောင်းသားသည် သွားတိုက်ဆေးနှင့် မကြာခဏ သွားတိုက်တတ်ပါသလား။
☐ တစ်နေ့တစ်ကြိမ် (မနက်ပိုင်း)
☐ တစ်နေ့တစ်ကြိမ် (ညနေပိုင်း)
☐ တစ်နေ့နှစ်ကြိမ်
☐ တစ်နေ့ကို တစ်ကြိမ်ထက်နည်း
☐ တစ်နေ့ကို နှစ်ကြိမ်ထက်ပို၍

ကျောင်းသားတွင် သီထား သင့်သော သွားနှင့်ခံတွင်းဆေးခန်းသွားစဉ် သို့မဟုတ် သွားပြီးနောက် ကြောက်ရွံ့ခြင်း သို့မဟုတ် နာကျင်ခြင်း သို့မဟုတ် အတွေ့အကြုံဆိုးများ ရှိခဲ့ပါသလား။
☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

ကျောင်းသားသည် ထိုပြဿနာများကို ပိုမိုသက်သာစေမည့် မည်သည့်နည်းဗျူဟာများ သို့မဟုတ် ပံ့ပိုးမှုများကို အသုံးပြုသနည်း။ ဥပမာ အကြိုက်ဆုံးအရုပ်၊ အိုင်ဖုန်းအက်ပ်၊ စာအုပ်
(ဟုတ်ပါက အောက်တွင်အသေးစိတ်ဖော်ပြကြီး နောက်တစ်ကြိမ်လာလျှင် ယူလာပါ)
☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

ကျောင်းသားနှင့် တစ်အိမ်တည်းနေထိုင်သော မိသားစုဝင် သို့မဟုတ် တစ်ဦးဦးတွင် သွားများနှင့်/သို့မဟုတ် သွားဖုံးပြဿနာများ ရှိပါသလား။
☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မသေချာပါ

ကျောင်းသား၏ သွားနှင့် ခံတွင်းကို မစစ်ဆေးမီ သင်သိလိုသည့်အရာများ ရှိပါသလား။
ဟုတ်ပါက အောက်တွင် အသေးစိတ် ပြောပြပေးပါ။
☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

လမ်းညွှန်
- သဘောတူညီချက်ပုံစံကို အင်္ဂလိပ်ဘာသာဖြင့် ဖြည့်စွက်ပြီး ပြန်ပို့ပေးပါ။