



ការថែទាំធ្មេញដោយឥតគិតថ្លៃ



dental health
services victoria



VICTORIA
State
Government

កម្មវិធីថែទាំធ្មេញនៅតាមសាលារៀនដោយឥតគិតថ្លៃរបស់ Smile Squad

Smile Squad នឹងមកជួបសាលារៀនរបស់អ្នក ក្នុងពេលឆាប់ៗនេះ។

កម្មវិធីថែទាំធ្មេញនៅតាមសាលារៀនរបស់រដ្ឋាភិបាលរដ្ឋវិចទ្យុរៀ គឺឥតគិតថ្លៃ សម្រាប់សិស្សសាលារៀនរដ្ឋក្នុងរដ្ឋវិចទ្យុរៀទាំងអស់។ សូមចុះហត្ថលេខា ហើយប្រគល់កញ្ចប់នេះមកវិញ ដើម្បីប្រាកដថាគ្រួសាររបស់អ្នកមិន ខកខាន។

សិស្សទាំងអស់អាចទទួលបាន៖

- ការត្រួតពិនិត្យធ្មេញដោយឥតគិតថ្លៃ
- សេវាកម្មបង្ការដើម្បីរក្សាធ្មេញឱ្យមានសុខភាពល្អ
- ការព្យាបាលទូទៅ (បើចាំបាច់)

សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម ឬប្រសិនបើអ្នកត្រូវការការជំនួយក្នុងការបំពេញទម្រង់ បែបបទ៖

- អ៊ីមែល៖ smilesquad@dhs.vic.gov.au
- ទូរសព្ទ៖ 1300 503 977
- ចូលមើលគេហទំព័រ៖ www.health.vic.gov.au/smile-squad

អ្វីដែលអ្នកចាំបាច់ត្រូវធ្វើ៖

- 1 អានព័ត៌មានទាំងអស់នៅក្នុងកញ្ចប់នេះ។
- 2 បំពេញ និងចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទទាំងអស់ជាភាសាអង់គ្លេស៖
 - ទម្រង់បែបបទយល់ព្រម (ទំព័រ 4)
 - ព័ត៌មានលម្អិតរបស់សិស្ស (ទំព័រ 5)
 - ការយល់ព្រមពីអ្នកជំងឺដើម្បីគិតថ្លៃព្យាបាលផ្ទាល់ពីរដ្ឋ នៅក្នុងគម្រោង អត្ថប្រយោជន៍ថែទាំធ្មេញកុមារ (ដែលអាចជ្រើសយក) (ទំព័រ 6)
 - ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ (ទំព័រ 7)
 - កម្រងសំណួរសុខភាពមាត់ធ្មេញ (ទំព័រ 8)
- 3 ប្រគល់ទម្រង់បែបបទទៅសាលារបស់អ្នកវិញឱ្យបានឆាប់ តាមដែលអ្នកអាច ធ្វើទៅបាន។
- 4 រក្សាទុកព័ត៌មានផ្សេងទៀតទាំងអស់នៅក្នុងកញ្ចប់នេះ សម្រាប់ជាឯកសារ យោង។

សូមបំពេញទម្រង់បែបបទដោយប្រើអក្សរពុម្ព។



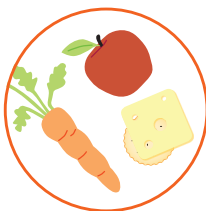
ទម្រង់បែបបទយល់ព្រមមានសម្រាប់ការអាន ជាភាសា ផ្សេងទៀត។

ចូលមើលគេហទំព័រ៖ www.health.vic.gov.au/smile-squad/providing-consent-for-smile-squad ឬស្កេនកូដ QR ដើម្បី ស្វែងរកទម្រង់បែបបទដែលបានបកប្រែ។



សូមដាក់ពិនិត្យនូវទម្រង់បែបបទយល់ព្រមជាភាសា អង់គ្លេសតែប៉ុណ្ណោះ។

ញ៉ាំបានល្អ ផឹកបានល្អ សម្អាតបានល្អ



ជ្រើសរើសអាហារស្រស់ៗ ផឹកទឹកចេញពី កំណត់អាហារដែល ក្បាលម៉ាស៊ីនឱ្យបាន មានជាតិស្ករ ភេសជ្ជៈ និង ច្រើន ជាតិផ្អែម



ដុសធ្មេញនៅពេល ព្រឹក និងនៅពេលយប់ ជាមួយថ្នាំដុសធ្មេញ មានសារធាតុហ្វ្លូរាយ

តើមានការចំណាយឬទេ?

ទេ។ នេះគឺជាសេវាកម្មឥតគិតថ្លៃសម្រាប់សិស្សទាំងអស់ ដែលផ្តល់ជូនដោយ រដ្ឋាភិបាលរដ្ឋវិចទ្យុរៀ។

មតិកែលម្អ

សូមប្រាប់យើងពីអ្វីដែលអ្នកគិត (ល្អ ឬអាក្រក់) នៅពេលណាក៏បាន។ អ្នកអាចធ្វើ មតិកែលម្អតាមរយៈអ៊ីមែល smilesquad@dhs.vic.gov.au

សេវាកម្មឆ្នេញ

Smile Squad ផ្តល់សេវាកម្មឆ្នេញដោយឥតគិតថ្លៃ ដល់សិស្សសាលារៀនរដ្ឋក្នុងរដ្ឋវិចិត្រដោយអ្នកជំនាញដែលមានការទទួលស្គាល់សមត្ថភាព។

ការពិនិត្យឆ្នេញ (ការពិនិត្យ)

ការពិនិត្យឆ្នេញ រួមមានការពិនិត្យឆ្នេញ អញ្ជាញឆ្នេញ ថ្នាម និងមាត់។

អត្ថប្រយោជន៍៖ បញ្ហាជំងឺមាត់/ឆ្នេញភាគច្រើន មិនបង្កការឈឺចាប់នៅដំណាក់កាលដំបូងឡើយ។ ការពិនិត្យជាប្រចាំ គឺជាវិធីដ៏ល្អបំផុតដើម្បីរកឃើញបញ្ហានានាទាន់ពេលវេលា។ នៅពេលយើងដឹងពីអ្វីដែលកំពុងកើតឡើង យើងអាចរៀបចំផែនការសម្រាប់ការព្យាបាលតាមដាន។

ប្រសិនបើអ្នកផ្តល់ការយល់ព្រម សេវាកម្មខាងក្រោមអាចត្រូវបានផ្តល់ជូន ប្រសិនបើវាជារបស់អត្ថប្រយោជន៍ដល់សិស្ស៖

ការថតកាំរស្មីអ៊ិចឆ្នេញ

ម៉ាស៊ីនថតកាំរស្មីអ៊ិចប្រើកាំរស្មីដើម្បីបង្កើតរូបភាព នៃអ្វីដែលកំពុងកើតឡើងនៅក្នុងខ្លួនប្រាណ។

យើងថតកាំរស្មីអ៊ិចឆ្នេញ ដោយប្រើបន្ទះតូចមួយដាក់នៅខាងក្នុងមាត់។

អត្ថប្រយោជន៍៖ កាំរស្មីអ៊ិចផ្តល់ឱ្យយើងនូវព័ត៌មានអំពីឆ្នេញដែលមិនអាចមើលឃើញដោយភ្នែកទទេ។ កាំរស្មីអ៊ិចអាចរកឃើញរោគពុកឆ្នេញ ការចម្លងមេរោគ និងបញ្ហាផ្សេងទៀត។

ហានិភ័យ៖ កាំរស្មីអ៊ិចមានសុវត្ថិភាពណាស់។ កាំរស្មីអ៊ិចដែលយើងថតជាធម្មតាមានកម្រិតវិទ្យុសកម្មទាបជាងការហោះហើរតាមយន្តហោះ។

ការលាបសារធាតុរ៉ានីសហ្គ្រីយ

សារធាតុរ៉ានីសហ្គ្រីយ គឺជាការព្យាបាលបង្ការមួយដែលមានប្រសិទ្ធភាពបំផុត ប្រសិនបើបានលាបយ៉ាងហោចណាស់រៀងរាល់ប្រាំមួយខែម្តង។

ការលាបសារធាតុរ៉ានីសហ្គ្រីយនៅលើឆ្នេញគឺងាយស្រួលណាស់ ហើយជាធម្មតាចំណាយពេលពីរបីនាទី។ សារធាតុរ៉ានីសនៅជាប់នឹងឆ្នេញរហូតដល់អ្នកដុសឆ្នេញ។

អត្ថប្រយោជន៍៖ សារធាតុរ៉ានីសហ្គ្រីយ គឺជាសារធាតុរ៉ានីសទៅមួយដែលជួយបង្កើតភាពរឹងមាំដល់ឆ្នេញ និងជួយការពាររោគពុកឆ្នេញ។ សារធាតុរ៉ានីសហ្គ្រីយ អាចបញ្ឈប់ការកើតរោគពុកឆ្នេញ ហើយជួយបន្ថយល្បឿនពុកឆ្នេញនៅពេលជម្ងឺពុកឆ្នេញកើតឡើង។

ហានិភ័យ៖ ទោះបីជាកម្រិតដោយ មនុស្សមួយចំនួនមានប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ីទៅនឹងធាតុផ្សំនៅក្នុងសារធាតុរ៉ានីសហ្គ្រីយ។ សិស្សដែលមានប្រតិកម្មអាលែហ្ស៊ីទៅនឹង colophony/rosin, casein (ប្រូតេអ៊ីនដែលមាននៅក្នុងទឹកដោះគោ) ឬជម្ងឺហ៊ីតឆ្លងធ្ងន់ ប្រហែលជាមិនអាចទទួលសារធាតុរ៉ានីសហ្គ្រីយបានទេ។

សារធាតុការពារកុំឱ្យជ្រាបទឹក

សារធាតុការពារកុំឱ្យជ្រាបទឹក គឺជាថ្នាំស្រោបដែលលាបលើចង្កូរ (ស្នាមប្រេះ) នៃឆ្នេញ។ ជាធម្មតាគេលាបវានៅលើឆ្នេញថ្នាម។

អត្ថប្រយោជន៍៖ សារធាតុការពារកុំឱ្យជ្រាបទឹកគ្របចង្កូរឆ្នេញ ហើយបញ្ឈប់អាហារ និងមេរោគមិនឱ្យស្លិតជាប់ក្នុងចង្កូរឆ្នេញ។ ការនេះបញ្ឈប់រោគពុកឆ្នេញពីការចាប់ផ្តើម និងការឆ្លងរាលដាលនៅក្នុងចង្កូរ។

ធាតុផ្សំរបស់សារធាតុការពារកុំឱ្យជ្រាបទឹកភាគច្រើនមានហ្គ្រីយ។ សារធាតុការពារកុំឱ្យជ្រាបទឹក អាចសឹកវិលតាមពេលវេលា ហើយប្រហែលជាត្រូវដាក់បំពេញបន្ថែម ឬដាក់ជំនួសថ្មី។

ការសម្អាតឆ្នេញ

ឆ្នេញអាចត្រូវការសម្អាតបន្ថែម នៅពេលដែលប្រាសដុសឆ្នេញមិនអាចដុសចេញនូវក្តាំងឆ្នេញ (កំណករឹង) ឬស្នាមប្រឡាក់ដុសមិនចេញ។

អត្ថប្រយោជន៍៖ យើងអាចកាត់បន្ថយការប្រឈមនឹងជំងឺអញ្ជាញឆ្នេញបានដោយយកចេញក្តាំងឆ្នេញ ដែលអាចធ្វើឱ្យរលាកអញ្ជាញឆ្នេញ។

ការព្យាបាលតាមដាន

ប្រសិនបើត្រូវការការព្យាបាលបន្ថែម Smile Squad នឹងពិភាក្សាអំពីបញ្ហានេះ ហើយស្នើសុំការយល់ព្រម។

សំណួរដែលតែងត្រូវបានសួរជាញឹកញាប់

តើឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកថែទាំត្រូវចូលរួមក្នុងការណាត់ជួបរបស់សិស្សដែរឬទេ?

ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកថែទាំត្រូវបានស្វាគមន៍ឱ្យចូលរួម ប្រសិនបើពួកគេចង់ ប៉ុន្តែមិនមែនជាតម្រូវការទេ។

សូមទាក់ទង Smile Squad ដើម្បីប្រាប់ពួកយើងឱ្យបានដឹង ប្រសិនបើអ្នកចង់ចូលរួម។

ប្រសិនបើត្រូវការការព្យាបាលបន្ថែមទៀត យើងអាចស្នើសុំឱ្យឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកថែទាំអញ្ជើញមកដើម្បីធ្វើការណាត់ជួប។

ចុះប្រសិនបើសិស្សបានព្យាបាលឆ្នេញក្នុងពេលថ្មីៗនេះរួចហើយ?

ប្រសិនបើសិស្សបានទៅពិនិត្យឆ្នេញក្នុងពេលថ្មីៗនេះរួចហើយ ពួកគេអាចត្រូវ Smile Squad ពិនិត្យម្តងទៀត។ ពួកគេប្រហែលជាមិនត្រូវការថតកាំរស្មីអ៊ិច និងសេវាកម្មបង្ការផ្សេងទៀតទេ។

ចុះប្រសិនបើសិស្សនៅឆ្ងាយពីសាលារៀនក្នុងអំឡុងពេល Smile Squad ចុះមកពិនិត្យ?

ប្រសិនបើសិស្សនៅឆ្ងាយពីសាលារៀន យើងនឹងជួបពួកគេនៅថ្ងៃផ្សេងទៀត ឬពួកគេអាចមកជួបពួកយើងនៅឯទីភ្នាក់ងារឆ្នេញសហគមន៍ក្នុងមូលដ្ឋានរបស់ពួកគេ។ សេវាកម្មទាំងនេះនៅតែឥតគិតថ្លៃដដែល។

ស្វែងរកគ្លីនិកឆ្នេញសហគមន៍ដែលនៅជិតអ្នកបំផុត នៅតាមគេហទំព័រ៖ www.dhsv.org.au/our-services/find-dental-clinics/clinic-search

តើអ្នកណាអាចផ្តល់ការយល់ព្រម?

ឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកថែទាំពេញវ័យអាចបំពេញទម្រង់បែបបទទាំងនេះ និងផ្តល់ការយល់ព្រម។

ដើម្បីត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអតិថិជនពេញវ័យ គ្រូពេទ្យត្រូវតែពេញចិត្តថាសិស្សមានការយល់ដឹងគ្រប់គ្រាន់អំពីហានិភ័យ អត្ថប្រយោជន៍ និងផលវិបាកដែលអាចកើតមាននៃស្ថានភាព និងការព្យាបាលដែលបានដាក់ស្នើរបស់ពួកគេ ដើម្បីផ្តល់ការយល់ព្រមដែលបានជ្រាបព័ត៌មានសព្វគ្រប់។

សិស្សអាចត្រូវបានចាត់ទុកថាមានសមត្ថភាពដើម្បីធ្វើការសម្រេចចិត្តលើការព្យាបាលឆ្នេញខ្លះ ប៉ុន្តែមិនមែនការសម្រេចចិត្តផ្សេងទៀតនោះទេ។ នៅខណៈដែលគ្រូពេទ្យមិនបានចាត់ទុកថាសិស្សសាលាមធ្យមសិក្សាជាអតិថិជនពេញវ័យទេ ពួកគេនឹងស្វែងរកការយល់ព្រមពីឪពុកម្តាយ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់។

គម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំឆ្មេញកុមារ (CDBS)

សិស្សមួយចំនួន អាចមានសិទ្ធិទទួលបានគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំឆ្មេញកុមារ របស់រដ្ឋាភិបាលអូស្ត្រាលី (CDBS) តាមរយៈ Medicare។

រដ្ឋាភិបាលអូស្ត្រាលីអនុញ្ញាតឱ្យយើងធ្វើការទាមទារប្រាក់ជំនួសអ្នក សម្រាប់ការថែទាំ ឆ្មេញនេះ ប្រសិនបើអ្នកចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រមសម្រាប់ CDBS។

តើគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំឆ្មេញកុមារ (CDBS) គឺជាអ្វី?

CDBS គឺជាកម្មវិធី Medicare ដែលផ្តល់ការថែទាំឆ្មេញជាមូលដ្ឋានសម្រាប់ក្មេង អាយុ 0-17 ឆ្នាំដែលមានសិទ្ធិ ក្នុងរយៈពេល 2 ឆ្នាំ។

សិស្សអាចប្រើ CDBS របស់ពួកគេ៖

- សម្រាប់សេវាកម្ម Smile Squad
- នៅគ្លីនិកឆ្មេញសាធារណៈនៃរដ្ឋវិចិត្រវិទ្យា
- នៅគ្លីនិកឆ្មេញឯកជន

Smile Squad នឹងប្រើប្រាស់ CDBS សម្រាប់សិស្សដែលមានសិទ្ធិទទួល។

ទោះបីជាអ្នកមិនចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រម CDBS ក៏ដោយ សិស្ស គ្រប់រូបនឹងនៅតែទទួលបានការថែទាំឆ្មេញដោយឥតគិតថ្លៃពី Smile Squad។ **នឹងមិនមានការគិតថ្លៃពីអ្នកទេ។**

យើងលើកទឹកចិត្តអ្នកឱ្យចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទយល់ព្រម CDBS ដែល គិតថ្លៃព្យាបាលពីរដ្ឋ ដើម្បីអនុញ្ញាតឱ្យ Smile Squad ទាមទារការចំណាយក្រោម Medicare។ នេះជួយយើងក្នុងការផ្តល់ការថែទាំឆ្មេញដល់ពលរដ្ឋវិចិត្រវិទ្យាកាន់តែ ច្រើន។

ការគិតថ្លៃព្យាបាលពីរដ្ឋ សម្រាប់ឯកសារយោង

Medicare ទាមទារឱ្យយើងផ្តល់ព័ត៌មាននេះដល់អ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកប្រើ CDBS ចំនួនទឹកប្រាក់ទាំងនេះនឹងត្រូវបានដកចេញពីចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់នៅក្នុង CDBS របស់អ្នក៖

សេវាកម្ម	ថ្លៃសេវាកម្មព្យាបាលដែលគិតពីរដ្ឋ CDBS ទាំងស្រុង	ចំនួនប្រាក់ដែលអ្នកត្រូវបង់
ការពិនិត្យឆ្មេញ (ការពិនិត្យ)	\$59.60	\$0.00
ថតកាំរស្មីរូបឆ្មេញ (បើចាំបាច់)	\$34.50 សម្រាប់ការថតកាំរស្មីរូបម្តង	\$0.00
សារធាតុការពារស្នាមប្រេះកុំឱ្យជ្រាបទឹក (បើចាំបាច់)	\$52.15 (ច្រើនបំផុត) ក្នុងឆ្នេញមួយ	\$0.00
ការសម្អាតឆ្មេញ (បើចាំបាច់)	\$101.55 (តាមច្រើន) អាស្រ័យលើកម្រិតនៃការសម្អាតដែលត្រូវការ	\$0.00
ការលាបសារធាតុរ៉ានីសបង្ការរលាកឆ្មេញទាំងអស់ (បើចាំបាច់)	\$39.15 ក្នុងការលាបមួយដង (រហូតដល់ការលាបពីរដងក្នុងរយៈពេល 12 ខែ)	\$0.00

ឯកជនភាព

សេវាសុខភាពមាត់ឆ្មេញរដ្ឋវិចិត្រវិទ្យា (DHSV) កំពុងផ្តល់ Smile Squad ធ្វើជាដៃគូជាមួយភ្នាក់ងារឆ្មេញសហគមន៍នានា។ DHSV ទទួលខុសត្រូវ ចំពោះកិច្ចការឯកសារអ្នកជំងឺ Smile Squad។ DHSV គោរពឯកជន ភាពរបស់អ្នក ហើយប្តេជ្ញាការពារព័ត៌មានរបស់អ្នក។ យើងនឹងគ្រប់គ្រង ព័ត៌មានរបស់អ្នកដោយស្របទៅតាម ច្បាប់កំណត់ត្រាសុខភាព និងឯកជន ភាព និងច្បាប់ការពារទិន្នន័យ។

នៅពេលជាក់លាក់ណាមួយ យើងនឹងប្រមូលទិន្នន័យ និងមតិកែលម្អ សម្រាប់គោលបំណងស្រាវជ្រាវ និងវាយតម្លៃរបស់ Smile Squad និង ដើម្បីកែលម្អសេវាកម្មរបស់យើង។ យើងនឹងរក្សាអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នកជា អនាមិកសម្រាប់សេវាកម្មនេះ។

យើងនឹងចាំបាច់ត្រូវចែករំលែកព័ត៌មានអនាមិក រវាងភ្នាក់ងាររដ្ឋាភិបាលនានា ដូចជា DHSV ក្រសួងអប់រំ និងក្រសួងសុខាភិបាល។ យើងនឹងធ្វើដូច្នេះ ដើម្បីយើងអាចរៀនសូត្ររួមគ្នាអំពីសុខភាពមាត់ឆ្មេញរបស់សិស្សទាំងអស់ នៅសាលារៀនក្នុងរដ្ឋវិចិត្រវិទ្យា។ យើងនឹងលុបចេញនូវព័ត៌មានណាដែល កំណត់អត្តសញ្ញាណ។

សូមចូលមើលគេហទំព័រ www.dhsv.org.au/privacy ដើម្បីអាន សេចក្តីថ្លែងអំពីឯកជនភាពពេញលេញរបស់ DHSV ឬស្កេនកូដ QR ខាងក្រោម៖



សិទ្ធិ និងការទទួលខុសត្រូវ

ច្បាប់ចម្លងនៃសិទ្ធិថែទាំសុខភាពរបស់អ្នកមាននៅលើគេហទំព័ររបស់ គណៈកម្មការអូស្ត្រាលីស្តីពីសុវត្ថិភាព និងគុណភាពក្នុងការថែទាំសុខភាព។

ឈ្មោះសាលារៀន៖ _____ កម្រិត/ថ្នាក់ (ឧទាហរណ៍ 2B)៖ _____

ឈ្មោះពេញរបស់សិស្ស៖ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់សិស្ស៖ ____ / ____ / ____

ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមសម្រាប់សិស្សដែលមានឈ្មោះខាងលើ ដើម្បីចូលរួមក្នុងកម្មវិធីថែទាំផ្ទេរ Smile Squad នៅតាមសាលារៀន។

ខ្ញុំផ្តល់ការយល់ព្រមឱ្យសិស្សទទួលបានសេវាកម្មដូចខាងក្រោម៖

ការពិនិត្យធ្មេញ (ការពិនិត្យ) ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

កំណត់ចំណាំ៖ អ្នកត្រូវតែនិយាយថា បាទ/ចាស ចំពោះការពិនិត្យធ្មេញ មុនពេលសេវាកម្មផ្សេងទៀតអាចត្រូវបានផ្តល់ជូន។

ការថតកាំរស្មីអ៊ិចធ្មេញ (បើចាំបាច់) ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ សារធាតុការពារស្នាមប្រេះកុំឱ្យជ្រាបទឹក (បើចាំបាច់) ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

សារធាតុវ៉ានីសហ្គាវ៉ាយ (បើចាំបាច់) ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ការសម្អាតធ្មេញ (បើចាំបាច់) ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

យើងកំពុងបណ្តុះបណ្តាលអ្នកជំនាញសុខភាពមាត់ធ្មេញជំនាន់ក្រោយ។ សិស្សអាចត្រូវបានពិនិត្យដោយនិស្សិតសុខភាពធ្មេញ/មាត់ ដែលធ្វើការក្រោមការត្រួតពិនិត្យរបស់គ្រូពេទ្យជំនាញ Smile Squad។

តើអ្នកយល់ព្រមឱ្យសិស្សទទួលបានការពិនិត្យដោយនិស្សិតសុខភាពមាត់ធ្មេញឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តាមចំណេះដឹងរបស់ខ្ញុំ ខ្ញុំយល់ស្របថា ខ្ញុំបានផ្តល់ Smile Squad នូវព័ត៌មានសុខភាព និងព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនដែលពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ ដែលតម្រូវដើម្បីផ្តល់ការថែទាំសមស្រប។

ក្នុងការផ្តល់ការយល់ព្រម ខ្ញុំយល់ព្រមថា ខ្ញុំបានអានបែបបទយល់ព្រមនេះ និងព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងកញ្ចប់នេះ។

ខ្ញុំមានព័ត៌មានគ្រប់គ្រាន់ដើម្បីយល់ដឹងពីចំណុចខាងក្រោម៖

សេវាកម្មធ្មេញ

ខ្ញុំដឹងពីប្រភេទនៃសេវាកម្មធ្មេញដែលផ្តល់ដោយ Smile Squad រួមទាំងអត្ថប្រយោជន៍ និងហានិភ័យដែលពាក់ព័ន្ធ កន្លែងដែលសេវាកម្មនឹងដំណើរការ ហើយអ្នកណានឹងផ្តល់សេវាកម្មទាំងនោះ។ សេវាកម្មទាំងអស់ដែលផ្តល់ជូនគឺមិនគិតថ្លៃទេ។

ការថែទាំបន្ទាប់ពីសេវាកម្មធ្មេញ

ខ្ញុំយល់ដឹងថា គ្រូពេទ្យ Smile Squad ឬបុគ្គលិកសាលា អាចទាក់ទងឪពុកម្តាយ អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ ឬអ្នកថែទាំ ប្រសិនបើសិស្សមានអាការមិនស្រួលខ្លួននៅសាលារៀន បន្ទាប់ពីទទួលបានសេវាកម្មធ្មេញ ឬប្រសិនបើពួកគេត្រូវការការថែទាំបន្ថែមដែលមិនអាចគ្រប់គ្រងបាននៅសាលារៀន។

ឯកជនភាព

បានអាន និងយល់ដឹងពីព័ត៌មានឯកជនភាពនៅក្នុងកញ្ចប់នេះ ហើយទទួលស្គាល់ពីរបៀបដែលកម្មវិធីនឹងគ្រប់គ្រងព័ត៌មានអំពីការថែទាំសុខភាពសិស្ស។

ហត្ថលេខារបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល/សិស្ស* ៖ _____

ឈ្មោះពេញរបស់ឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល/សិស្ស* ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទ៖ ____ / ____ / ____

* ក្នុងគោលបំណងនៃការប្រើប្រាស់សេវាកម្មធ្មេញ សិស្សដែលមានអាយុចាប់ពី 18 ឆ្នាំឡើងទៅ និងអ្នកដែលត្រូវបានចាត់ទុកថាជាអនីតិជនពេញវ័យ អាចយល់ព្រមដោយខ្លួនឯងបាន។ ការយល់ព្រមនេះមានសុពលភាពរយៈពេល 12 ខែ គិតចាប់ពីថ្ងៃដែលបានចុះហត្ថលេខា។

ឈ្មោះសាលារៀន៖ _____ កម្រិត/ថ្នាក់ (ឧទាហរណ៍ 2B)៖ _____

ព័ត៌មានលម្អិតរបស់សិស្ស

នាមខ្លួន៖ _____ នាមត្រកូល៖ _____

ភេទ៖ ☐ ប្រុស ☐ ស្រី ☐ ផ្សេងទៀត សូមបញ្ជាក់ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ ____ / ____ / ____

តើសិស្សចូលចិត្តឱ្យគេហៅសព្វនាមផ្ទាល់ខ្លួនជាអ្វី? (ស្រេចចិត្ត) _____

អាសយដ្ឋាន៖ _____

តំបន់៖ _____ លេខកូដប្រៃសណីយ៍៖ _____

ប្រសិនបើអ្នកជាសិស្សដែលយល់ព្រមដោយខ្លួនឯង សូមដាក់បញ្ចូល៖

លេខទូរសព្ទ៖ _____ អ៊ីមែល៖ _____

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល

ព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមអំពីឪពុកម្តាយ/អាណាព្យាបាល (ស្រេចចិត្ត)

នាមខ្លួន៖ _____ នាមខ្លួន៖ _____

នាមត្រកូល៖ _____ នាមត្រកូល៖ _____

ទំនាក់ទំនងជាមួយសិស្ស៖ _____ ទំនាក់ទំនងជាមួយសិស្ស៖ _____

លេខទូរសព្ទ៖ _____ លេខទូរសព្ទ៖ _____

អ៊ីមែល៖ _____ អ៊ីមែល៖ _____

តើសិស្សជាជនជាតិដើម Aboriginal ឬអ្នកកោះ Torres Strait?

- ☐ ទេ មិនមែនជាជនជាតិដើម Aboriginal ឬអ្នកកោះ Torres Strait
- ☐ ជនភៀសខ្លួន
- ☐ អ្នកស្វែងរកសិទ្ធិជ្រកកោន
- ☐ ជនជាតិដើម Aboriginal និងអ្នកកោះ Torres Strait
- ☐ ពេញចិត្តមិននិយាយ

តើសិស្សជាអ្នកស្វែងរកសិទ្ធិជ្រកកោន ឬជាជនភៀសខ្លួនឬទេ?

- ☐ ទេ ហើយក៏មិនមែនជាអ្នកស្វែងរកសិទ្ធិជ្រកកោន ឬក៏ជាជនភៀសខ្លួនដែរ
- ☐ ជាជនជាតិដើម Aboriginal
- ☐ ជាអ្នកកោះ Torres Strait
- ☐ ពេញចិត្តមិននិយាយ

តើត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាផ្ទាល់មាត់ឬទេ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

ភាសាដែលពេញចិត្ត៖ _____

តើសិស្សកើតនៅប្រទេសអូស្ត្រាលីឬ? ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ តើពួកគេកើតនៅប្រទេសណា? _____

ប្រសិនបើសិស្សមិនមានប័ណ្ណ Medicare ទេ សូមទុកផ្នែកនេះឱ្យនៅទទេ។

លេខប័ណ្ណ Medicare របស់សិស្ស៖

លេខយោងរបស់បុគ្គល៖

ថ្ងៃផុតកំណត់៖ /





Australian Government
Department of Health

ទម្រង់បែបបទយល់ព្រមពីអ្នកជំងឺ
គិតថ្លៃព្យាបាលផ្ទាល់ពីរដ្ឋ នៅក្នុងគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំឆ្មេញកុមារ

ខ្ញុំជាអ្នកជំងឺ/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់ សូមបញ្ជាក់ថាខ្ញុំបានទទួលដំណឹង៖

- អំពីការព្យាបាលដែលបាន ឬនឹងត្រូវបានផ្តល់ជូនចាប់ពីកាលបរិច្ឆេទនេះ នៅក្រោមគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំឆ្មេញកុមារ។
- អំពីការចំណាយប្រហាក់ប្រហែលសម្រាប់ការព្យាបាលនេះ ហើយ
- ថាខ្ញុំនឹងត្រូវបានគិតថ្លៃព្យាបាលផ្ទាល់ពីរដ្ឋសម្រាប់សេវាកម្មនៅក្រោមគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំឆ្មេញកុមារ ហើយខ្ញុំនឹងមិនបង់ប្រាក់សម្រាប់សេវាកម្មទាំងនេះទេ អាស្រ័យលើចំនួនប្រាក់គ្រប់គ្រាន់ដែលអាចមាននៅក្រោមកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍។

ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំ/អ្នកជំងឺនឹងអាចទទួលបានអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំឆ្មេញត្រឹមកម្រិតនៃអត្ថប្រយោជន៍តែប៉ុណ្ណោះ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថាអត្ថប្រយោជន៍សម្រាប់សេវាកម្មមួយចំនួនអាចមានការរឹតត្បិត ហើយគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំឆ្មេញកុមារមានផ្តល់តែសេវាកម្មមួយចំនួនប៉ុណ្ណោះ។ ខ្ញុំយល់ដឹងថា ខ្ញុំនឹងត្រូវបំពេញនូវការចំណាយផ្ទាល់ខ្លួន ចំពោះសេវាកម្មណាមួយដែលមិនមាននៅក្នុងគម្រោងអត្ថប្រយោជន៍ថែទាំឆ្មេញកុមារ។

ខ្ញុំយល់ដឹងថា ការចំណាយនៃសេវាកម្មនឹងកាត់បន្ថយកម្រិតអត្ថប្រយោជន៍ដែលមាន ហើយខ្ញុំនឹងត្រូវចំណាយដោយខ្លួនឯងនូវការចំណាយនៃសេវាកម្មបន្ថែមណាមួយនៅពេលដែលអត្ថប្រយោជន៍ត្រូវបានប្រើអស់។

លេខយោង #

លេខ Medicare របស់អ្នកជំងឺ

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកជំងឺ

ហត្ថលេខាអ្នកជំងឺ/អាណាព្យាបាលស្របច្បាប់

ឈ្មោះពេញរបស់អ្នកចុះហត្ថលេខា
(ប្រសិនបើមិនមែនជាអ្នកជំងឺ)

កាលបរិច្ឆេទ

តើសិស្សមានប្រតិកម្មអាស្រ័យលើវិធីសាស្ត្រណាមួយឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ បើ បាទ/ចាស៖
- ☐ ថ្នាំផ្សេងៗ ☐ Casein (ខែស៊ីន) ☐ Colophony/rosin ☐ អាហារ
- (ប្រូតេអ៊ីនដែលមាននៅក្នុងទឹកដោះគោ) (ឧទាហរណ៍/រូស៊ីន)
- ☐ ជ័រ ឬបង់ស្កិត ☐ ថ្នាំពេទ្យផ្សេងទៀត ☐ ផ្សេងទៀត

តើបច្ចុប្បន្នសិស្សមានកំពុងប្រើថ្នាំអ្វីឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ បើ បាទ/ចាស សូមរាយនាមថ្នាំ បរិមាណថ្នាំ និងភាពញឹកញាប់

តើសិស្សមានជម្ងឺស្នាមដែរឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ បើ បាទ/ចាស៖
- ☐ ជំងឺហ៊ីត → ប្រសិនបើសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ចូររាយនាម និងថ្នាំ
- ☐ ជំងឺស្នាម ☐ ជំងឺរបេង ☐ ផ្សេងទៀត

តើសិស្សមានជំងឺបេះដូង (សរសៃឈាម) ដែរឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ បើ បាទ/ចាស៖
- ☐ ទូចបេះដូង ☐ ការរកកាត់បេះដូង ☐ ជំងឺបេះដូងបណ្តាលមកពីការលាក់សន្លាក់ឆ្អឹង
- ☐ សម្ពាធឈាមទាប ឬខ្ពស់ ☐ ការហូរឈាមច្រើនលើសលប់ ឬជំងឺឈាម ☐ ផ្សេងទៀត
- ដោយហេតុអ្វី?

តើសិស្សមានជំងឺសតិអារម្មណ៍ ការយល់ដឹង ឬតម្រូវការបន្ថែម (ពិការភាព) ឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ បើ បាទ/ចាស៖
- ☐ ការថប់បារម្ភ ឬការធ្លាក់ទឹកចិត្ត ☐ ជំងឺកង្វះការយកចិត្តទុកដាក់ ☐ ជំងឺអូទិស្ស៊ីមធ្យម-ស្រាល ☐ រាងកាយ (រួមមានការត្រូវការប្រើប្រាស់)
- ☐ បញ្ញា ☐ ភ្នែកឬត្រចៀកចុះខ្សោយ ☐ ផ្សេងទៀត

តើសិស្សមានបញ្ហាសុខភាព ឬជំងឺផ្សេងទៀតឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ បើ បាទ/ចាស៖
- ☐ ជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទ 1 ☐ ជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទ 2 ☐ ជំងឺមហារីក ☐ ស្ថានភាពជំងឺរ៉ាំរ៉ៃ (ឧទាហរណ៍ ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល រលាកសន្លាក់)
- ☐ ជំងឺតម្រងនោម ☐ ជំងឺថ្លើម ☐ ការប្រកាច់ ឬជំងឺឆ្លុះឆ្លាក់ ☐ ការរកកាត់ផ្សេងទៀត (ឧទាហរណ៍ ការប្តូរសរសៃ សន្លាក់សិប្បនិម្មិត)
- ☐ ផ្សេងទៀត

តើសិស្សអាចមានផ្ទៃពោះឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនពាក់ព័ន្ធ

តើសិស្សប្រើផលិតផលថ្នាំជក់ (ជក់បារី) ឬបារីអេឡិចត្រូនិច (ជក់បារីអេឡិចត្រូនិច) ឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនពាក់ព័ន្ធ

បើ បាទ/ចាស៖

- ☐ ការជក់បារី ☐ ការជក់បារីអេឡិចត្រូនិច ☐ ផ្សេងទៀត

តើសិស្សផឹកស្រាឬទេ?

- ☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ មិនពាក់ព័ន្ធ

ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយ ផ្សេងទៀត ចំពោះចំណុចណាមួយខាងលើ សូមធ្វើពិពណ៌នា។

យើងសួរសំណួរខាងក្រោមដើម្បីជួយយើងឱ្យយល់ដឹងបន្ថែមអំពីសិស្ស និងបង្កើតផែនការដ៏ល្អបំផុតសម្រាប់ពួកគេ។

តើសិស្សមានការឈឺចាប់ក្នុងមាត់របស់ពួកគេ (ឧទាហរណ៍ មានបញ្ហាគេងដោយសារតែបញ្ហាធ្មេញ) ដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើសិស្សមានបញ្ហាក្នុងការញ៉ាំ ឬផឹកដោយសារបញ្ហាធ្មេញ ឬមាត់របស់ពួកគេដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើសិស្សមានបញ្ហាក្នុងការនិយាយមិនច្បាស់ដោយសារបញ្ហាធ្មេញ ឬមាត់របស់ពួកគេដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើសិស្សខកខានទៅសាលារៀន ឬសកម្មភាពផ្សេងទៀតដោយសារបញ្ហាធ្មេញ ឬមាត់របស់ពួកគេដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើសិស្សមិនញញឹម សើច ឬបង្ហាញធ្មេញ ពេលនៅជុំជាមួយសិស្សដទៃទៀតដោយសារបញ្ហាធ្មេញ ឬមាត់របស់ពួកគេដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☒ ទេ

តើសិស្សធ្លាប់បានពិនិត្យធ្មេញពីមុនដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

បើ បាទ/ចាស សូមប្រាប់កាលបរិច្ឆេទ បើដឹង

តើសិស្សធ្លាប់បានបំពេញប្រហោងធ្មេញ ឬដកធ្មេញដោយសាររោគពុកធ្មេញក្នុងរយៈពេលបីឆ្នាំកន្លងមកដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ ខ្ញុំមិនប្រាកដទេ

តើសិស្សញ៉ាំភេសជ្ជៈផ្អែមដូចជាទឹកផ្លែឈើ ភេសជ្ជៈមានជាតិស្ករ ឬភេសជ្ជៈផ្អែមញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?

- ☐ បីដង ឬច្រើនដងក្នុងមួយថ្ងៃ
- ☐ ម្តង ឬពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ
- ☐ ពីរបីដងក្នុងមួយសប្តាហ៍
- ☐ ស្ទើរតែមិនដែលសោះ

តើសិស្សដុសធ្មេញរបស់ពួកគេជាមួយថ្នាំដុសធ្មេញញឹកញាប់ប៉ុណ្ណាដែរ?

- ☐ មួយថ្ងៃម្តង (ពេលព្រឹក)
- ☐ ម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ (ពេលល្ងាច)
- ☐ ពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ
- ☐ តិចជាងម្តងក្នុងមួយថ្ងៃ
- ☐ ច្រើនជាងពីរដងក្នុងមួយថ្ងៃ

តើសិស្សមានការភ័យខ្លាច ឬរសើប ឬបទពិសោធន៍អវិជ្ជមាននានាក្នុងអំឡុងពេល ឬបន្ទាប់ពីការទៅពិនិត្យធ្មេញពីមុនដែល យើងគួរដឹងដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើសិស្សប្រើយុទ្ធសាស្ត្រ ឬការគាំទ្រណាមួយដើម្បីជួយដល់ការអត់ទ្រាំឱ្យបានល្អឬទេ? ឧទាហរណ៍ ប្រដាប់ក្មេងលេងដែលចូលចិត្ត កម្មវិធី app ទូរសព្ទ iPhone, សៀវភៅ (បើ បាទ/ចាស សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម ហើយសូមនាំមកជាមួយនៅពេលអញ្ជើញមកលើកក្រោយ)

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

តើសមាជិកគ្រួសារ ឬអ្នកដែលរស់នៅក្នុងផ្ទះតែមួយជាមួយសិស្សមានបញ្ហាធ្មេញ និង/ឬ អញ្ជាញធ្មេញដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ ☐ ខ្ញុំមិនប្រាកដទេ

តើមានអ្វីផ្សេងទៀតដែលអ្នកចង់ឱ្យយើងដឹង មុនពេលយើងពិនិត្យមើលធ្មេញ និងមាត់របស់សិស្សដែរឬទេ?

☐ បាទ/ចាស ☐ ទេ

បើបាទ/ចាស សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។