

បទបញ្ជាពេទ្យរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត
សំរាប់ការព្យាបាលទ្រទ្រង់ជីវិត



ឈ្មោះអ្នកជំងឺ : _____

ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើត : _____

លេខកំណត់ត្រាពេទ្យ បើសិនមាន : _____

(MOLST) www.molst-ma.org

សេចក្តីណែនាំ : អ្នកជំងឺគ្រប់ៗរូប គួរតែទទួលបានការយកចិត្តទុកដាក់ពេញលេញចំពោះភាពកក់ក្តៅ។

- ក្រដាសបំពេញនេះ គួរតែបានចុះហត្ថលេខាបានយោងទៅលើគោលដៅនៃការថែទាំ ដែលបានពិភាក្សាគ្នារវាងអ្នកជំងឺ (ឬ អ្នកតំណាងរបស់អ្នកជំងឺដែលចុះហត្ថលេខានៅខាងក្រោម) និងអ្នកពិនិត្យព្យាបាលដែលចុះហត្ថលេខា។
- វគ្គ A-C ជាបទបញ្ជាយកជាសាច់ការបាន លុះត្រាតែបើវគ្គ D និង E បានបំពេញសព្វគ្រប់។ វគ្គ F យកជាសាច់ការបាន លុះត្រាតែបើវគ្គ G និង H បានបំពេញសព្វគ្រប់។
- បើសិនវគ្គណាមួយមិនបានបំពេញសព្វគ្រប់ទេ នោះគ្មានការកំរិតលើការព្យាបាល ដែលបានបញ្ជាក់នៅក្នុងវគ្គនោះឡើយ។
- ក្រដាសបំពេញនេះមានប្រសិទ្ធភាពភ្លាមៗ នៅពេលចុះហត្ថលេខា។ សំណេរចម្លងទ្រង់ រឺ សំណេរទូរសារ រឺ សំណេរជាអេឡិកត្រូនិក នៃក្រដាសបំពេញ MOLST ដែលបានចុះហត្ថលេខាត្រឹមត្រូវ ទើបយកជាសាច់ការបាន។

A	ការផ្តន្ទាទ្រង់ចុះដួងដើរវិញ : សំរាប់អ្នកជំងឺដែលគាំងរយះដូង ឬគាំងដង្ហើម <input type="radio"/> កុំផ្តន្ទាទ្រង់ <input type="radio"/> ប៉ុនប៉ងផ្តន្ទាទ្រង់
B	ការបើកផ្លូវខ្យល់ : សំរាប់អ្នកជំងឺដែលពិបាកដកដង្ហើម <input type="radio"/> កុំសឹកបំពង់ និងកុំបើកផ្លូវខ្យល់ <input type="radio"/> សឹកបំពង់ និងបើកផ្លូវខ្យល់ <hr/> <input type="radio"/> កុំប្រើការបើកផ្លូវខ្យល់ដែលមិនគ្រាយស្បែក (ដូចជា CPAP) <input type="radio"/> ប្រើការបើកផ្លូវខ្យល់ដែលមិនគ្រាយស្បែក (ដូចជា CPAP)
C	បញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ <input type="radio"/> កុំបញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ (លុះត្រាតែត្រូវការ សំរាប់ភាពកក់ក្តៅ) <input type="radio"/> បញ្ជូនទៅមន្ទីរពេទ្យ
អ្នកជំងឺ ឬ ហត្ថលេខាអ្នក តំណាងរបស់អ្នកជំងឺ D បានត្រូវ គូសរង្វង់មូលមួយ និង បំពេញគ្រប់បន្ទាត់ សំរាប់យកជាការបាន នៅទំព័រទី 11	គូសរង្វង់មូលមួយ នៅខាងក្រោម ដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកណាដែលចុះហត្ថលេខានៅវគ្គ D: <input type="radio"/> អ្នកជំងឺ <input type="radio"/> ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព <input type="radio"/> អាណាព្យាបាល* <input type="radio"/> មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល* នៃអនីតិជន ហត្ថលេខានៃអ្នកជំងឺបញ្ជាក់ថាក្រដាសបំពេញនេះ ត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយសុទ្ធចិត្តរបស់អ្នកជំងឺផ្ទាល់ ព្រមទាំងឆ្លុះបញ្ចាំងនូវសេចក្តីប្រាថ្នារបស់គាត់ និង គោលដៅនៃការថែទាំដូចបានចែងប្រាប់អ្នកចុះហត្ថលេខាក្នុងវគ្គ E។ ហត្ថលេខាដោយអ្នកតំណាងរបស់អ្នកជំងឺ (បានបង្ហាញខាងក្រោម) បញ្ជាក់ថាក្រដាសបំពេញ នេះឆ្លុះបញ្ចាំងការប្រមាណមើលរបស់គាត់ នូវសេចក្តីប្រាថ្នារបស់អ្នកជំងឺ និងគោលដៅនៃការថែទាំ ឬបើមិនដឹងសេចក្តីប្រាថ្នាទាំងនោះទេ ការប្រមាណមើលរបស់ គាត់ ជាផលប្រយោជន៍ដ៏ល្អបំផុតសំរាប់អ្នកជំងឺ។ *អាណាព្យាបាលអាចចុះហត្ថលេខាបាន តែទៅតាមវិសាលភាពដែលបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់រដ្ឋ MA។ សូមប្រឹក្សាជាមួយស្នាក់នៅរបស់អ្នកជំងឺ និងអាជ្ញាធររបស់អាណាព្យាបាល។ _____ ហត្ថលេខានៃអ្នកជំងឺ (ឬ មនុស្សតំណាងឲ្យអ្នកជំងឺ) _____ កាលបរិច្ឆេទ នៃហត្ថលេខា _____ ឈ្មោះនៃអ្នកចុះហត្ថលេខា សរសេរជាអក្សរពុម្ពអាចអានបាន _____ លេខទូរស័ព្ទ នៃអ្នកចុះហត្ថលេខា
អ្នកពិនិត្យព្យាបាល ហត្ថលេខា E បានត្រូវ បំពេញគ្រប់បន្ទាត់សំរាប់ យកជាការបាននៅទំព័រ ទី11	ហត្ថលេខានៃវេជ្ជបណ្ឌិត ពេទ្យអនុវេជ្ជបណ្ឌិត ឬជំនួយវេជ្ជបណ្ឌិត បញ្ជាក់ថាក្រដាសបំពេញនេះ ឆ្លុះបញ្ចាំងយ៉ាងត្រឹមត្រូវនូវការពិភាក្សារបស់គាត់ ជាមួយអ្នកចុះហត្ថលេខាក្នុងវគ្គ D។ _____ ហត្ថលេខានៃវេជ្ជបណ្ឌិត ពេទ្យអនុវេជ្ជបណ្ឌិត ឬជំនួយវេជ្ជបណ្ឌិត _____ កាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោង នៃហត្ថលេខា _____ ឈ្មោះនៃអ្នកចុះហត្ថលេខា សរសេរជាអក្សរពុម្ពអាចអានបាន _____ លេខទូរស័ព្ទ នៃអ្នកចុះហត្ថលេខា

រៀបចំដោយ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ និងព័ត៌មានផ្សេងទៀត (បើមាន)	ក្រុមសម្របសម្រួលនេះមិនផុតកំណត់ឡើយ លុះត្រាតែបានថ្លែងជាក់លាក់។ កាលបរិច្ឆេទផុតកំណត់ នៃក្រុមសម្របសម្រួលនេះ (បើមាន): _____ ឈ្មោះភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព សរសេរជាអក្សរពុម្ព _____ លេខទូរស័ព្ទ _____ ឈ្មោះអ្នកផ្តល់ការថែទាំជាបឋម សរសេរជាអក្សរពុម្ព _____ លេខទូរស័ព្ទ _____
---	--

ធ្វើក្រុមសម្របសម្រួលនេះ ទៅជាមួយអ្នកជំងឺ គ្រប់ពេលវេលាទាំងអស់។
 ច្បាប់ HIPAA អនុញ្ញាតឱ្យបើកសំដៅដល់រូបភាព MOLST ទៅឱ្យអ្នកផ្តល់ការថែទាំសុខភាព ជាការចាំបាច់សំរាប់ការព្យាបាល។

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ : _____ ខែថ្ងៃឆ្នាំកំណើតអ្នកជំងឺ _____ លេខកំណត់ត្រាពេទ្យ បើសិនមាន _____

F	សេចក្តីថ្លែងអំពីចំណង់នៃអ្នកជំងឺ សំរាប់ការព្យាបាលសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលបានបញ្ជាក់		
	ការសិក្សាបំប៉ន និងការបើកផ្លូវខ្យល់		
គួសរង់ចាំមួយមួយ →	<input type="radio"/> មើលរវគ្គ B នៅទំព័រទី 1	<input type="radio"/> ប្រើការសិក្សាបំប៉ន និងការបើកផ្លូវខ្យល់ ដូចបានគូសក្នុងរវគ្គ B ប៉ុន្តែមួយរយៈពេលខ្លីតែប៉ុណ្ណោះ	<input type="radio"/> មិនបានសំដៅមិនគួរ <input type="radio"/> មិនបានពិភាក្សា
	ការបើកផ្លូវខ្យល់ដែលមិនប្រើស្បែក (ដូចជា សង្កត់ផ្លូវខ្យល់ជាវិជ្ជមានឥតឈប់ឈរ [Continuous Positive Airway Pressure - PAP])		
គួសរង់ចាំមួយមួយ →	<input type="radio"/> មើលរវគ្គ B នៅទំព័រទី 1	<input type="radio"/> ប្រើការបើកផ្លូវខ្យល់ដែលមិនប្រើស្បែក ដូចបានគូសក្នុងរវគ្គ B ប៉ុន្តែមួយរយៈពេលខ្លីតែប៉ុណ្ណោះ	<input type="radio"/> មិនបានសំដៅមិនគួរ <input type="radio"/> មិនបានពិភាក្សា
	ការលាងឈាម		
គួសរង់ចាំមួយមួយ →	<input type="radio"/> គ្មានការលាងឈាម	<input type="radio"/> ប្រើការលាងឈាម <input type="radio"/> ប្រើការលាងឈាម ប៉ុន្តែមួយរយៈពេលខ្លីតែប៉ុណ្ណោះ	<input type="radio"/> មិនបានសំដៅមិនគួរ <input type="radio"/> មិនបានពិភាក្សា
	អាហារជីវជាតិក្លែងក្លាយ		
គួសរង់ចាំមួយមួយ →	<input type="radio"/> គ្មានអាហារជីវជាតិក្លែងក្លាយ	<input type="radio"/> ប្រើអាហារជីវជាតិក្លែងក្លាយ <input type="radio"/> ប្រើអាហារជីវជាតិក្លែងក្លាយ ប៉ុន្តែមួយរយៈពេលខ្លីតែប៉ុណ្ណោះ	<input type="radio"/> មិនបានសំដៅមិនគួរ <input type="radio"/> មិនបានពិភាក្សា
	ការផ្តល់ធាតុទឹកក្លែងក្លាយ		
គួសរង់ចាំមួយមួយ →	<input type="radio"/> គ្មានការផ្តល់ធាតុទឹកក្លែងក្លាយ	<input type="radio"/> ប្រើការផ្តល់ធាតុទឹកក្លែងក្លាយ <input type="radio"/> ប្រើការផ្តល់ធាតុទឹកក្លែងក្លាយ ប៉ុន្តែមួយរយៈពេលខ្លីតែប៉ុណ្ណោះ	<input type="radio"/> មិនបានសំដៅមិនគួរ <input type="radio"/> មិនបានពិភាក្សា
	ចំណង់ការព្យាបាលជាក់លាក់ផ្សេងទៀត ចំពោះលក្ខណៈសុខភាពរបស់អ្នកជំងឺ និងការថែទាំ _____		

អ្នកជំងឺ ឬ ហត្ថលេខាអ្នក តំណាងរបស់អ្នកជំងឺ	គួសរង់ចាំមួយមួយ នៅខាងក្រោម ដើម្បីបញ្ជាក់ថាអ្នកណាដែលចុះហត្ថលេខានៅរវគ្គ G: o អ្នកជំងឺ o ភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព o អាណាព្យាបាល* o មាតាបិតា/អាណាព្យាបាល* នៃអនីតិជន ហត្ថលេខានៃអ្នកជំងឺបញ្ជាក់ថាក្រុមសម្របសម្រួលនេះ ត្រូវបានចុះហត្ថលេខាដោយសុទ្ធចិត្តរបស់អ្នកជំងឺផ្ទាល់ ព្រមទាំងគ្មានបញ្ហាអ្វីសេចក្តីប្រាថ្នារបស់គាត់ ដូចបានថ្លែង ប្រាប់អ្នកចុះហត្ថលេខាក្នុងរវគ្គ H។ ហត្ថលេខាដោយអ្នកតំណាងរបស់អ្នកជំងឺ (បានបង្ហាញខាងក្រោម) បញ្ជាក់ថាក្រុមសម្របសម្រួលនេះត្រូវបានបញ្ជាក់ការប្រមាណមើលរបស់ គាត់ នូវសេចក្តីប្រាថ្នារបស់អ្នកជំងឺ និងគោលដៅនៃការថែទាំ ឬបើមិនដឹងសេចក្តីប្រាថ្នាទាំងនោះទេ ការប្រមាណមើលរបស់គាត់ ជាផលប្រយោជន៍ដ៏ល្អបំផុត សំរាប់ អ្នកជំងឺ។ *អាណាព្យាបាលអាចចុះហត្ថលេខាបាន តែទៅតាមវិសាលភាពដែលបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់រដ្ឋ MA។ សូមប្រើក្បាច់មួយស្នាមក្នុងច្បាប់ អំពីសំណួរជាមួយ និងអាជ្ញារបស់អាណាព្យាបាល។ _____ លេខទូរស័ព្ទ _____ ហត្ថលេខានៃអ្នកជំងឺ (ឬ មនុស្សតំណាងឱ្យអ្នកជំងឺ) កាលបរិច្ឆេទ នៃហត្ថលេខា _____ លេខទូរស័ព្ទ _____ ឈ្មោះនៃអ្នកចុះហត្ថលេខា សរសេរជាអក្សរពុម្ពអាចអានបាន លេខទូរស័ព្ទ នៃអ្នកចុះហត្ថលេខា
--	---

អ្នកពិនិត្យព្យាបាល (ហត្ថលេខា)	H បានត្រូវ បំពេញគ្រប់បន្ទាត់សំរាប់ យកជាការបាននៅទំព័រ ទី2។
	ហត្ថលេខានៃវេជ្ជបណ្ឌិត ពេទ្យអនុវេជ្ជបណ្ឌិត ឬវេជ្ជបណ្ឌិត បញ្ជាក់ថាក្រុមសម្របសម្រួលនេះ ត្រូវបានបញ្ជាក់យ៉ាងត្រឹមត្រូវនូវការពិភាក្សារបស់គាត់ ជាមួយនឹងអ្នកចុះ ហត្ថលេខាក្នុងរវគ្គ G។ _____ លេខទូរស័ព្ទ _____ ហត្ថលេខានៃវេជ្ជបណ្ឌិត ពេទ្យអនុវេជ្ជបណ្ឌិត ឬវេជ្ជបណ្ឌិត កាលបរិច្ឆេទ និងម៉ោង នៃហត្ថលេខា _____ លេខទូរស័ព្ទ _____ ឈ្មោះនៃអ្នកចុះហត្ថលេខា សរសេរជាអក្សរពុម្ពអាចអានបាន លេខទូរស័ព្ទ នៃអ្នកចុះហត្ថលេខា

សេចក្តីណែនាំបន្ថែម សំរាប់អ្នកវិជ្ជាជីវៈថែទាំសុខភាព

- ធ្វើតាមបទបញ្ជាដែលចុះរាយក្នុងវគ្គ A, B និង C និងគោរពចំណង់ដែលចុះរាយក្នុង F រហូតទាល់តែអ្នកពិនិត្យព្យាបាលមានឱកាសពិនិត្យមើលឡើងវិញ ដូចបានរៀបរាប់ខាងក្រោម។
- ការផ្លាស់ប្តូរអ្វីចំពោះក្រដាសបំពេញនេះ ត្រូវធ្វើឲ្យក្រដាសបំពេញនេះជាមោឃៈ និងត្រូវចុះហត្ថលេខាក្រដាសបំពេញថ្មី។ ដើម្បីធ្វើឲ្យក្រដាសបំពេញនេះជាមោឃៈ ត្រូវសរសេរពាក្យ VOID ជាអក្សរពុម្ពធំ កាត់ទទឹងទាំងសងខាងនៃក្រដាសបំពេញ។ បើមិនបានបំពេញក្រដាសបំពេញថ្មីទេ គ្មានការកំរិតលើការព្យាបាលបានកត់ជាឯកសារទេ ហើយការព្យាបាលពេញលេញអាចនឹងបានផ្តល់ឲ្យ។
- ពិភាក្សាអំពីគោលដៅរបស់អ្នកជំងឺជាសាមី សំរាប់ចំណង់ការថែទាំ និងការព្យាបាល ដោយសមរម្យតាមការពិនិត្យព្យាបាល ចំពោះការជំនឿនៃជំងឺ នៅពេលបញ្ជូនទៅកន្លែងថែទាំថ្មី ឬកំរិតនៃការថែទាំ ឬបើផ្លាស់ប្តូរចំណង់។ កែប្រែក្រដាសបំពេញឲ្យត្រឹមត្រូវ នៅពេលត្រូវការដើម្បីចុះបញ្ជីចំណង់ការព្យាបាល។
- អ្នកជំងឺ ឬភ្នាក់ងារថែទាំសុខភាព (បើអ្នកជំងឺខ្លះសមត្ថភាព) ទើបអាណាព្យាបាល* ឬមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល* នៃអតិថិជន អាចដកហូតក្រដាសបំពេញ MOLST វិញ នៅពេលណាក៏បាន និង/ឬស្នើសុំ និងទទួលការព្យាបាលសុខភាពបានបដិសេធពីមុន ដែលបានបញ្ជាក់។ ***អាណាព្យាបាលអាចចុះហត្ថលេខាបាន តែទៅតាមវិសាលភាពដែលបានអនុញ្ញាតដោយច្បាប់រដ្ឋ MA ។ សូមប្រើក្បាច់មួយស្នាដៃច្បាប់ អំពីសំណួរជាមួយនឹងអាជ្ញាប័ណ្ណរបស់អាណាព្យាបាល។**

Sample