

ការចុះឈ្មោះ & ទម្រង់ផ្តល់ការយល់ព្រម

សំខាន់—សូមអានសេចក្តីណែនាំខាងក្រោម

សូមយកជាមួយអ្នកនូវទម្រង់ដែលបំពេញ រួចមួយច្បាប់មកកាន់ការណាត់ជួបថតពិនិត្យ របស់អ្នក។

សូមប្រើអក្សរពុម្ព ឬ ហើយចុះហត្ថលេខា។

សូមពិនិត្យព័ត៌មានដែលបានបំពេញជាមុន និងបន្ទាន់សម័យតាមតម្រូវការ។ ឧទាហរណ៍ បាស់ 19

BreastScreen
Victoria

ព័ត៌មានលម្អិតដែលផ្តល់ខាងក្រោមអាចប្រើ ដើម្បីទាក់ទងអ្នក និងទុកសារដែលកំណត់អត្តសញ្ញាណយើងថាជា BreastScreen Victoria ។

អ្នកស្រី កញ្ញា លោកស្រី ផ្សេង ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត / /

នាមត្រកូល ទូរស័ព្ទដៃ

នាមខ្លួន ទូរស័ព្ទផ្ទះ

នាមត្រកូលនៅពេលកើត ទូរស័ព្ទកន្លែងធ្វើការ

អ៊ីម៉ែល

អាសយដ្ឋានផ្ទះ

អាសយដ្ឋានប៉ុស្ត

1 ប្រទេសកំណើត

2 តើអ្នកនិយាយភាសាណាផ្សេងពីភាសាអង់គ្លេសនៅផ្ទះឬទេ? បាស់ 19 (ប្រសិនបើឆ្លើយថាទេ សូមទៅសំនួរ 3)
ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាស់ តើអ្នកនិយាយ ភាសាអ្វីច្រើនជាងគេនៅផ្ទះ?

3 តើអ្នកជាជនជាតិអូបូរីជីន ឬប្រជុំកោះធីរីស ស្រុកឬ? បាស់ 19 (ប្រសិនបើឆ្លើយថាទេ សូមទៅសំនួរ 4)
ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាស់ តើអ្នកជា ជនជាតិអូបូរីជីន ជនជាតិប្រជុំកោះធីរីសស្រុក ជនជាតិអូបូរីជីន និងជនជាតិប្រជុំកោះធីរីស ស្រុក

4 ត្រូវពន្យល់នឹងផ្តល់ទូរស័ព្ទពីការថតពិនិត្យដោះ របស់អ្នកទៅអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ឲ្យត្រូវ ពន្យល់មួយច្បាប់ទៅវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ឬ ត្រូវពន្យល់កទេសវត្តមានដោះដែរនោះ សូមផ្តល់ ព័ត៌មានលម្អិតខាងក្រោម។

វេជ្ជបណ្ឌិត

ឈ្មោះគ្លីនិក

អាសយដ្ឋាន

លេខប៉ុស្ត

លេខទូរស័ព្ទ

វេជ្ជបណ្ឌិត

ឈ្មោះគ្លីនិក

អាសយដ្ឋាន

លេខប៉ុស្ត

លេខទូរស័ព្ទ

**BreastScreen Victoria មិនថតស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬបំបៅដោះកូនទេ។
យើងផ្តល់របាយការណ៍អ្នករង់ចាំដល់បីខែបន្ទាប់ ពីអ្នកឈប់បំបៅដោះកូនដើម្បីថតដោះបាន។**

5 តើអ្នក ឬតើអ្នកអាចមានផ្ទៃពោះឬទេ? បាស់ 19

6 តើអ្នកបំបៅដោះកូនឬទេ? បាស់ 19

7 តើអ្នកកំពុងប្រើការព្យាបាលដោយប្រូអ៊ីស្តេរ៉ូន (HRT) ឬទេ? បាស់ 19 (ប្រសិនបើឆ្លើយថាទេ សូមទៅសំនួរ 8)
ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាស់ តើអ្នកបានចាប់ផ្តើមប្រើ HRT បន្ទាប់ការថតដោះចុងក្រោយ របស់អ្នកហើយឬ? បាស់ 19

8 តើហ្វូលីថតដោះចុងក្រោយរបស់អ្នកបាន ថតនៅកន្លែងផ្សេងក្រៅពីកម្មវិធី BreastScreen Victoria ឬ? បាស់ 19 (ប្រសិនបើឆ្លើយថាទេ សូមទៅសំនួរ 9)
ប្រសិនបើឆ្លើយថាបាស់ សូមផ្តល់ទីកន្លែង និងកាលបរិច្ឆេទ (ខែ&ឆ្នាំ), ប៉ាន់ស្មានក៏បាន។

ទីកន្លែង កាលបរិច្ឆេទ /

9 តើមានអ្នកណាម្នាក់ក្នុងគ្រួសារអ្នក (បងប្អូន ជាប់សាច់ឈាម) ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យទៅ ឃើញថាមានជំងឺមហារីកដោះទេ?
 សូមរាប់បញ្ចូលតែ ម្តាយ ឪពុក បងប្អូនស្រី បងប្អូនប្រុស កូនស្រី កូនប្រុស មីង អ៊ុំស្រី ឬ អ៊ុំប្រុស បងប្អូនស្រីមានម្តាយ ឬឪពុកតែមួយ
 បងប្អូនប្រុសមានម្តាយ ឬឪពុកតែមួយ ជីដូន ជីតា កូនស្រី ឬកូនប្រុស។

បាទ ទេ មិនដឹង

ប្រសិនបើឆ្លើយថា**បាទ** សូមបំពេញតារាង ខាងក្រោម៖

សមាជិកគ្រួសារ (ឧទាហរណ៍ ម្តាយ)	អាយុពេលជំងឺមហារីករកឃើញ (ប្រសិនបើមិនច្បាស់ សូមប៉ាន់ស្មាន)	កន្លែងដែលជំងឺមហារីកដោះរកឃើញ			ខាងគ្រួសារ	
		ដោះមួយ	ដោះទាំងពីរ	មិនដឹង	ខាងម្តាយ	ខាងឪពុក
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

សំណួរទី 10 និង 11 ទាក់ទងតែនឹង ជំងឺមហារីក ដៃស្បូនទេ មិនមែនជំងឺមហារីកពោះ កស្បូន ឬស្បូននោះទេ។

10 តើមានបងប្អូនជាប់សាច់ឈាមរបស់អ្នក ដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺមហារីកដៃ ស្បូនឬទេ? បាទ ទេ មិនដឹង

សូមរាប់បញ្ចូលតែ ម្តាយ បងប្អូនស្រី កូនស្រី មីង អ៊ុំស្រី
 បងប្អូនស្រីមានម្តាយ ឬឪពុក តែមួយ ជីដូន ឬកូនស្រី។
 ប្រសិនបើឆ្លើយថា**បាទ** សូមបំពេញតារាង ខាងក្រោម៖

សមាជិកគ្រួសារ	ខាងម្តាយ	ខាងឪពុក
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

11 តើអ្នកមានជំងឺមហារីកដៃស្បូនកាលពីមុន ទេ? បាទ ទេ

12 តើអ្នកមានជំងឺមហារីកដោះ ឬ DCIS (មុនកើតជំងឺមហារីក) កាលពីមុនទេ? បាទ ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយថាទេ សូមទៅសំណួរ 13)

ប្រសិនបើឆ្លើយថា**បាទ** ដោះរបស់អ្នកបានព្យា បាលដោយ ដោះមួយណា? ស្តាំ ឆ្វេង

ការវះកាត់រក្សាដោះ (ការកាត់ដុំសាច់ចេញ)
 ការកាត់ដោះ (ការកាត់យកដោះចេញ)
 ផ្សេង សូមបញ្ជាក់ _____

តើអ្នកធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យឃើញនៅឆ្នាំណា?
 ឆ្នាំ

13 តើអ្នកមានធ្វើការវះកាត់ដោះណាមួយ (មិនគិតវះកាត់ដោះសិប្បនិម្មិតទេ) ពីមុន មកឬទេ? បាទ ទេ ស្តាំ ឆ្វេង

ប្រសិនបើឆ្លើយថា**បាទ** ក្នុងពេលពីរឆ្នាំមុន ច្រើនជាងពីរឆ្នាំមុន ប្រសិនបើច្រើនជាងពីរឆ្នាំមុន ប្រហែលជា ប៉ុន្មានឆ្នាំ?
 ឆ្នាំ

**BreastScreen គឺជាកម្មវិធីមួយសម្រាប់ស្ត្រី ដែលគ្មានរោគសញ្ញានៅក្នុងដោះ។
 ប្រសិនបើ អ្នកមានរោគសញ្ញា សូមទៅជួប វេជ្ជបណ្ឌិត មុនពេលមកជួប BreastScreen ។**

14 តើអ្នកមានដុំសាច់ក្នុងដោះដែលអ្នកអាច ស្ទាបដឹងទេក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះ? បាទ ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយថាទេ សូមទៅសំណួរ 15)

ប្រសិនបើឆ្លើយថា**បាទ** តើដោះមួយណាមាន ដុំសាច់?
 តើដុំសាច់មានតិចជាង 12 ខែឬ?
 តើវេជ្ជបណ្ឌិតបានពិនិត្យដុំសាច់ហ្នឹងហើយឬ?

ស្តាំ ឆ្វេង
 បាទ ទេ
 បាទ ទេ

15 តើអ្នកមានចេញទឹករងៃជាទឹកស ឬមាន ឈាមពីចុងដោះឬទេក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះ? បាទ ទេ (ប្រសិនបើឆ្លើយថាទេ សូមទៅសំណួរ 16)

ប្រសិនបើឆ្លើយថា**បាទ** តើទឹករងៃជាទឹកសថ្លា ឬមានឈាម?
 តើដោះណាមានទឹករងៃចេញពីចុងដោះ?
 តើទឹករងៃចេញពីចុងដោះមានតិចជាង 12ខែឬ?
 តើវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នកបានពិនិត្យទឹករងៃចេញ ពីចុងដោះហើយឬ?

មានឈាម ទឹកសថ្លា
 ស្តាំ ឆ្វេង
 បាទ ទេ
 បាទ ទេ

16 តើអ្នកមានរោគសញ្ញានៅក្នុងដោះផ្សេង ទៀតឬទេ ក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ននេះ? បាទ ទេ ស្តាំ ឆ្វេង

(ប្រសិនបើឆ្លើយថាទេ សូមទៅសំណួរ 17) ប្រសិនបើឆ្លើយថា**បាទ** សូមបញ្ជាក់ _____

**17 តើអ្នកផ្តល់ការយល់ព្រមឲ្យ BreastScreen Victoria យក ឬចែករំលែករូបថតដោះរបស់ អ្នក ហើយនិងឯកសារពាក់ព័ន្ធសម្រាប់គោល
 បំណងប្រៀបធៀប និងការវិនិច្ឆ័យ បរិយាយក្នុងប័ណ្ណព័ត៌មានរបស់ BreastScreen Victoria ឬទេ?** បាទ ទេ

ដោយចុះហត្ថលេខាខាងក្រោម នាងខ្ញុំទទួល ស្គាល់ថា នាងខ្ញុំបានអាន និងយល់អត្ថន័យ នៅក្នុងប័ណ្ណព័ត៌មានរបស់ BreastScreen Victoria ។
 នាងខ្ញុំទទួលស្គាល់ថាព័ត៌មាននៅក្នុងទម្រង់ នេះពិតជាត្រឹមត្រូវ។ នាងខ្ញុំយល់ព្រមចូលរួម នៅក្នុងកម្មវិធី BreastScreen ។
 នាងខ្ញុំយល់ថានាងខ្ញុំអាចសួរសំណួរ បញ្ឈប់ការ ពិនិត្យហ្នឹងចិត្តដោះ ឬដកខ្លួនចេញពីកម្មវិធី នៅពេលណាក៏បាន។

ហត្ថលេខា កាលបរិច្ឆេទ / /
 ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

ឈ្មោះ: _____