



ខ័មិនវីលនៃរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត
ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈ
ការិយាល័យអន្តរក្រសួងសុខាភិបាលនិងស៊ីតិ



ប័ណ្ណព័ត៌មានឪពុកម្តាយសម្រាប់លិខិតបញ្ជាក់កំណើត - ទារកទើបនឹងកើត

ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ខាងក្រោម នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីបង្កើតសំបុត្រកំណើតកូនរបស់អ្នក។ សំបុត្រកំណើតគឺជាឯកសារអចិន្ត្រៃយ៍ដែលនឹងត្រូវបានប្រើពេញមួយជីវិតកូនរបស់អ្នក ដើម្បីបញ្ជាក់អាយុ សញ្ជាតិ អត្តសញ្ញាណ និងឪពុកម្តាយរបស់គេ។

សំខាន់បំផុត អ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញនិងត្រឹមត្រូវចំពោះសំណួរទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលសម្គាល់ដោយសញ្ញាផ្កាយ (*) នឹងត្រូវបានបោះពុម្ពនៅលើសំបុត្រកំណើតស្របច្បាប់របស់កូនអ្នក ប៉ុន្តែវាមិនមែនជាព័ត៌មានទាំងអស់ទេ ចាំបាច់សម្រាប់គោលបំណងផ្នែកច្បាប់ និង/ឬសុខាភិបាលសាធារណៈ។ ចម្លើយមួយចំនួនរបស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយអ្នកស្រាវជ្រាវផ្នែកសុខាភិបាលនិងវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីសិក្សានិងកែលម្អសុខាភិបាលរបស់ឪពុកម្តាយនិងទារកទើបនឹងកើត។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានប្រមូលដោយអនុលោមតាមច្បាប់ទូទៅរបស់រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (c.111, §24B)។

សូមសរសេរចម្លើយរបស់អ្នកឱ្យបានស្អាតនិងត្រឹមត្រូវ។

សំបុត្រកំណើតគឺជាឯកសារផ្លូវច្បាប់អចិន្ត្រៃយ៍ ដែលជាកំណត់ត្រានៃព្រឹត្តិការណ៍និងព័ត៌មាននៅពេលកំណើតរបស់កូនអ្នក ហើយមិនអាចផ្លាស់ប្តូរនៅពេលក្រោយបានទេ លើកលែងតែក្នុងលក្ខខណ្ឌកំណត់តិចតួចបំផុតប៉ុណ្ណោះ។

សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្នែករដ្ឋបាលតែប៉ុណ្ណោះ:

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ (MRN) របស់ឪពុកម្តាយដែលសម្រាលកូន:

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់កូន:

ឯកសារ #

ព័ត៌មានអំពីកូន

ឈ្មោះពេញរបស់កូន: សរសេរឱ្យបានច្បាស់នូវឈ្មោះកូនអ្នកឱ្យដូចគ្នាបើទោះជាយ៉ាងណាក៏ដោយដែលអ្នកចង់ឱ្យវាបង្ហាញនៅលើសំបុត្រកំណើតរបស់កូនគេ។ សរសេរនាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូលដាច់ពីគ្នានៅក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម:

| | |
|--|---|
| *នាមខ្លួន: | |
| *នាមកណ្តាល: <input type="checkbox"/> សូមគូសជើក ប្រសិនបើសំបុត្របញ្ជាក់របស់កូនអ្នកនឹង មិនមាន ឈ្មោះកណ្តាល។ | |
| *នាមត្រកូល: (នាមត្រកូល) | *តាមជំនាន់ ប្រសិនបើមាន: (ឧ. ទា. JR, III) |

ព័ត៌មានពិតអំពីកំណើតរបស់កូន: បញ្ជូលកាលបរិច្ឆេទនិងពេលវេលាដែលកូនរបស់អ្នកកើត មិនថាប្រសុទ្ធឬស្រី ហើយបញ្ជាក់ថា កើតកូនរបស់អ្នកជាកូនតែមួយ ឬកូនភ្លោះ:

| | | |
|--|---|---|
| *ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: (ឧ. ទា. ថ្ងៃទី ១៥ ខែមីនា ឆ្នាំ 2011) ថ្ងៃ: _____ ខែ: _____ ឆ្នាំ: _____ | *ភេទ: <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> ប្រុស | *ពហុភាព: <input type="checkbox"/> 1- កូនតែមួយ <input type="checkbox"/> 2- កូនភ្លោះ: <input type="checkbox"/> 3- កូនភ្លោះបី <input type="checkbox"/> 4- កូនភ្លោះបួន <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត: |
| *ម៉ោង: <input type="checkbox"/> ព្រឹក <input type="checkbox"/> រសៀល | *លំដាប់កំណើត: ត្រឹមត្រូវប្រសិនបើមិនមែនកូនតែមួយ <input type="checkbox"/> ទី 1 <input type="checkbox"/> ទី 2 <input type="checkbox"/> ទី 3 <input type="checkbox"/> ទី 4 <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ | |

តើអ្នកចង់ឱ្យគេធ្វើលេខរបបសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់កូនរបស់អ្នកតាមប្រែសណ្តាប់ទៅអ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិដែរឬទេ?
ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "បាទ/ចាស" នោះពាក្យសុំតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកនឹងត្រូវបានផ្ញើទៅរដ្ឋបាលរបបសន្តិសុខសង្គម (Social Security Administration, SSA) ហើយ SSA នឹងធ្វើប័ណ្ណតាមសំបុត្រប្រែសណ្តាប់ទៅកាន់លំនៅដ្ឋានរបស់អ្នក (ឬអាសយដ្ឋានប្រែសណ្តាប់) ក្នុងរយៈពេលប្រាំមួយសប្តាហ៍ក្រោយពេលកើត។ សូមចំណាំថា អនុលោមតាមច្បាប់ស្តីពីជំនួយសង្គ្រោះអ្នកបង់ពន្ធឆ្នាំ 1997 រាល់ពាក្យសុំប័ណ្ណសន្តិសុខសង្គមរបស់កូនត្រូវតែមានលេខសន្តិសុខសង្គមរបស់ឪពុកម្តាយ ហើយព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវបានផ្ញើទៅ

SSA ជាមួយនឹងពាក្យសុំរបស់កូនអ្នកតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក។ ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា "ទេ" នោះអ្នកនឹងត្រូវដាក់ពាក្យសុំលេខសន្តិសុខសង្គមនៅការិយាល័យ SSA ក្នុងតំបន់របស់អ្នក។ ព័ត៌មាននេះមិនបង្ហាញនៅលើសំបុត្រកំណើតរបស់កូនអ្នកទេ។

តើអ្នកចង់ឱ្យគេចេញលេខសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់កូនរបស់អ្នកដោយស្វ័យប្រវត្តិដែរឬទេ? បាទ/ចាស ទេ

គម្រោងសន្សំ BabySteps: ចាប់ផ្តើមគណនីសញ្ជាតិសម្រាប់ការសិក្សានៅមហាវិទ្យាល័យរបស់កូនអ្នកនៅថ្ងៃនេះ:

តើអ្នកចង់ទទួលបាន \$50 សម្រាប់ការអប់រំនាពេលអនាគតរបស់កូនអ្នកដែរឬទេ? ជាផ្នែកមួយនៃគម្រោងសន្សំរបស់ BabySteps កុមារណាក៏ដោយដែលជាអ្នករស់នៅរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត ហើយកើត ឬយកមកចិញ្ចឹមនៅថ្ងៃ ឬក្រោយថ្ងៃទី 1 ខែមករា ឆ្នាំ 2020 មានសិទ្ធិទទួលបានប្រាក់បញ្ញើមូលនិធិវិនិយោគដើម ដំបូងចំនួន \$50 បង់ចូលទៅក្នុងគណនី U.Fund ដោយឥតគិតថ្លៃ ក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំពីពេលកើត ឬទទួលចិញ្ចឹម ដើម្បីជួយបង់ថ្លៃចំណាយសម្រាប់ការសិក្សានៅមហាវិទ្យាល័យ ពាណិជ្ជកម្ម ឬសាលាបច្ចេកទេសនាពេលអនាគត។ គម្រោងសន្សំ BabySteps គឺជាកម្មវិធីគណនីសញ្ជាតិសម្រាប់ការសិក្សានៅមហាវិទ្យាល័យដែលលើកទឹកចិត្តឱ្យសន្សំប្រាក់សម្រាប់មហាវិទ្យាល័យនៅក្នុងគម្រោងវិនិយោគរបស់ U.Fund College ដែលជាគម្រោង 529 នៃរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត។ U.Fund ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយអាជ្ញាធរហិរញ្ញប្បទានអប់រំរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (Massachusetts Educational Financing Authority, MEFA) និងគ្រប់គ្រងដោយក្រុមហ៊ុន Fidelity Investments ។ ប្រាក់បញ្ញើមូលនិធិវិនិយោគដើមដំបូងចំនួន \$50 ត្រូវបានផ្តល់ដោយហេរញ៉ូកនៃរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត ហើយអាចទទួលបានក្នុងរយៈពេលមួយឆ្នាំពីពេលកើតឬស្តុក។ ប្រសិនបើអ្នកចាប់អារម្មណ៍ក្នុងការទទួលបានព័ត៌មានអំពីគម្រោងសន្សំ BabySteps និងរបៀបទទួលបានប្រាក់បញ្ញើ \$50 របស់អ្នក សូមទាក់ទង បាទ/ចាស ខាងក្រោម។

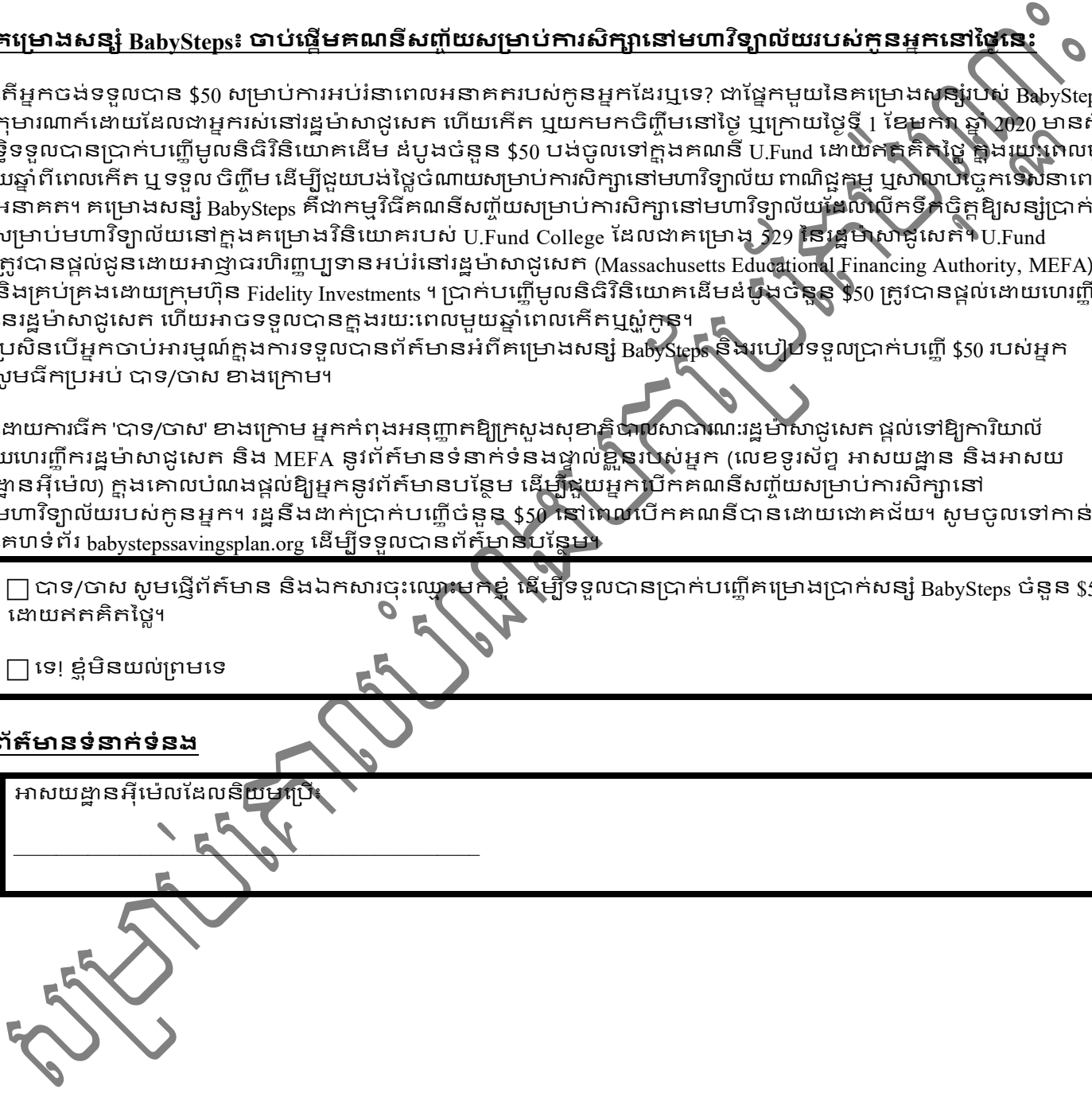
ដោយការផឹក 'បាទ/ចាស' ខាងក្រោម អ្នកកំពុងអនុញ្ញាតឱ្យក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត ផ្តល់ទៅឱ្យការិយាល័យហេរញ៉ូករដ្ឋម៉ាសាឈូសេត និង MEFA នូវព័ត៌មានទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នក (លេខទូរស័ព្ទ អាសយដ្ឋាន និងអាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល) ក្នុងគោលបំណងផ្តល់ឱ្យអ្នកនូវព័ត៌មានបន្ថែម ដើម្បីជួយអ្នកបើកគណនីសញ្ជាតិសម្រាប់ការសិក្សានៅមហាវិទ្យាល័យរបស់កូនអ្នក។ រដ្ឋនឹងដាក់ប្រាក់បញ្ញើចំនួន \$50 នៅពេលបើកគណនីបានដោយជោគជ័យ។ សូមចូលទៅកាន់គេហទំព័រ babystepssavingsplan.org ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម។

បាទ/ចាស សូមផ្ញើព័ត៌មាន និងឯកសារចុះឈ្មោះមកខ្ញុំ ដើម្បីទទួលបានប្រាក់បញ្ញើគម្រោងប្រាក់សន្សំ BabySteps ចំនួន \$50 ដោយឥតគិតថ្លៃ។

ទេ! ខ្ញុំមិនយល់ព្រមទេ

ព័ត៌មានទំនាក់ទំនង

អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែលដែលនិយមប្រើ:





ខ័មិនវ័លនៃរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត
ក្រសួងសុខភាពសាធារណៈ
ការិយាល័យអគ្គនុកូលដ្ឋាននិងស៊ិក



ប័ណ្ណព័ត៌មានឪពុកម្តាយសម្រាប់លិខិតបញ្ជាក់កំណើត - ឪពុកម្តាយទី

1

| | |
|---|---|
| <p>ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ខាងក្រោម នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីបង្កើតសំបុត្រកំណើតកូនរបស់អ្នក។ សំបុត្រកំណើតគឺជាឯកសារអចិន្ត្រៃយ៍ដែលនឹងត្រូវបានប្រើពេញមួយជីវិតកូនរបស់អ្នក ដើម្បីបញ្ជាក់អាយុ សញ្ជាតិ អត្តសញ្ញាណ និងឪពុកម្តាយរបស់គេ។</p> <p>សំខាន់បំផុត អ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញនិងត្រឹមត្រូវចំពោះសំណួរទាំងអស់។ ព័ត៌មានដែលមិនត្រឹមត្រូវ ឬមិនបានបោះពុម្ពនៅលើសំបុត្រកំណើត ស្របច្បាប់របស់កូនអ្នក ប៉ុន្តែរាល់ចំណុចព័ត៌មានទាំងអស់គឺចាំបាច់សម្រាប់គោលបំណង ផ្នែកច្បាប់ និង/ឬសុខភាពសាធារណៈ។ ចម្លើយមួយចំនួនរបស់អ្នកអាចនឹង ត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយអ្នកស្រាវជ្រាវផ្នែកសុខភាពនិងវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីសិក្សា និងកែលម្អសុខភាពរបស់ឪពុកម្តាយ និងទារកទើបនិងកើត។</p> <p>ព័ត៌មាននេះត្រូវបានប្រមូលដោយអនុលោមតាមច្បាប់ទូទៅរបស់រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (c.111, §24B)។ លើសពីនេះទៀត យោងទៅតាមច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាពសហព័ន្ធ ឆ្នាំ 1974 អ្នកត្រូវបាន ជូនដំណឹងតាមរយៈច្បាប់នេះថា ការបង្ហាញលេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកគឺជាកាតព្វកិច្ច។ ការ បង្ហាញលេខរបបសន្តិសុខសង្គមត្រូវបានផ្តល់ឱ្យមានដោយអនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋ M.G.L. c. 46 §3D, M.G.L. c. 209C §2 និង§5 និង M.G.L. c. 119A §14 និងច្បាប់សហព័ន្ធ ផ្នែកទី 125 នៃ P.L. 100-485។ លេខរបបសន្តិសុខសង្គម ត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណឪពុកម្តាយ និងដើម្បីជម្រុញអនុវត្ត បទបញ្ជាគាំពារដល់កុមារ។</p> | <p>សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្នែករដ្ឋបាល តែប៉ុណ្ណោះ:</p> |
| <p>សូមសរសេរចម្លើយរបស់អ្នកឱ្យបានស្អាតនិងត្រឹមត្រូវ។</p> <p>សំបុត្រកំណើតគឺជាឯកសារផ្លូវច្បាប់អចិន្ត្រៃយ៍ ដែលជាកំណត់ត្រានៃព្រឹត្តិការណ៍និងព័ត៌មាន នៅពេលកំណើតរបស់កូនអ្នក ហើយមិនអាចផ្លាស់ប្តូរនៅពេលក្រោយបានទេ លើកលែងតែក្នុងលក្ខខណ្ឌមានកម្រិតតិចតួចប៉ុណ្ណោះ។</p> | <p>លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ (MRN) របស់ឪពុកម្តាយនៅពេលសម្រាល:</p> |
| <p>ឪពុកម្តាយទី 1 - ឈ្មោះពេញលេញស្របច្បាប់: បញ្ចូលឈ្មោះឪពុកម្តាយដែលនឹងបង្ហាញនៅក្នុងផ្នែកឪពុកម្តាយទី 1 នៃសំបុត្រកំណើតរបស់កូន។ សរសេរនាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូលដាច់ពីគ្នានៅក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម ឈ្មោះនេះជា ឈ្មោះស្របច្បាប់ពេញលេញនិងបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដែលអ្នកប្រើសម្រាប់ចុះហត្ថលេខាលើឯកសារផ្លូវច្បាប់ផ្សេងៗ។</p> | <p>លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់កូន:</p> |
| <p>ឪពុកម្តាយទី 1 - ទូរស័ព្ទ: សូមផ្តល់លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ទាក់ទងអ្នក ប្រសិនបើមានបញ្ហាលើ កំណត់ត្រាកំណើតរបស់កូនអ្នក។ ទូរស័ព្ទមិនបង្ហាញនៅលើសំបុត្រកំណើតរបស់កូនអ្នកទេ។</p> | <p>ឯកសារ #</p> |

ព័ត៌មានឪពុកម្តាយទី 1

ផ្នែកនេះត្រូវបានប្រើដើម្បីបំពេញព័ត៌មានឪពុកម្តាយទី 1 នៅលើសំបុត្រកំណើតរបស់កូន។ ឪពុកម្តាយដែលបង្ហាញនៅក្នុងផ្នែកនេះត្រូវតែជាម្តាយឪពុកដែលសម្រាលកូន លុះត្រាតែមានការណែនាំផ្សេង ពីនេះដោយដីការបស់គុណការ។

ឪពុកម្តាយទី 1 - ឈ្មោះពេញលេញស្របច្បាប់: បញ្ចូលឈ្មោះឪពុកម្តាយដែលនឹងបង្ហាញនៅក្នុងផ្នែកឪពុកម្តាយទី 1 នៃសំបុត្រកំណើតរបស់កូន។ សរសេរនាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូលដាច់ពីគ្នានៅក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម ឈ្មោះនេះជា ឈ្មោះស្របច្បាប់ពេញលេញនិងបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដែលអ្នកប្រើសម្រាប់ចុះហត្ថលេខាលើឯកសារផ្លូវច្បាប់ផ្សេងៗ។

| | |
|---|--|
| *នាមខ្លួន: | |
| *នាមកណ្តាល: <input type="checkbox"/> គូសជើក ប្រសិនបើឪពុកម្តាយទី 1 មិនមាននាមកណ្តាល។ | |
| *នាមត្រកូល: (នាមត្រកូល) | *តាមជំនាន់ ប្រសិនបើមាន: (ឧ.ទា. JR, III) |

| | |
|--|--|
| ឪពុកម្តាយទី 1 - ទូរស័ព្ទ: សូមផ្តល់លេខទូរស័ព្ទសម្រាប់ទាក់ទងអ្នក ប្រសិនបើមានបញ្ហាលើ កំណត់ត្រាកំណើតរបស់កូនអ្នក។ ទូរស័ព្ទមិនបង្ហាញនៅលើសំបុត្រកំណើតរបស់កូនអ្នកទេ។ | ឪពុកម្តាយទី 1 - លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (SSN): SSN ត្រូវបានទាមទារដោយច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ន្ធសម្រាប់ ការចុះឈ្មោះកំណើតទាំងអស់។ SSN មិនបានបោះពុម្ព នៅលើសំបុត្រកំណើតរបស់កូនអ្នកទេ។ |
|--|--|

| | | |
|-------------------|-------------------------|---|
| ទូរស័ព្ទ # | ទូរស័ព្ទជំនួស #: | SSN : គូសជើក ប្រសិនបើ: <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនដែលមានលេខរបបសន្តិសុខសង្គម |
|-------------------|-------------------------|---|

ឪពុកម្តាយទី 1 - ការពិតនៃកំណើត: បញ្ចូលព័ត៌មានខាងក្រោមអំពីថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត របស់អ្នក ឈ្មោះរបស់អ្នកនៅពេលកំណើត ភេទរបស់អ្នក និងទីកន្លែងដែលអ្នកកើត។ ទីកន្លែងកំណើតគួរតែមានទីក្រុង/ទីក្រុងកំណើត ឬយុត្តាធិការតំបន់ ដែលសំបុត្រកំណើតរបស់អ្នកផ្តល់ត្រូវបានរក្សាទុក។ ព័ត៌មាននេះគឺត្រូវការសម្រាប់គោលបំណងចុះបញ្ជីស្របច្បាប់ ហើយក៏មានប្រយោជន៍សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវសវការផងដែរ។

| | | |
|--|--|---|
| *ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: (ឧ.ទា. ថ្ងៃទី 27 ខែមីនា ឆ្នាំ 1980) | *នាមត្រកូល (ឈ្មោះត្រកូល) នៅពេលកំណើតរបស់អ្នក ឬពេលស្មោះ: (នាមត្រកូលពេលមិនទាន់រៀបការ) | ភេទ: <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី |
| ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ | | |
| *ទីកន្លែងកំណើត: | | |
| ខោនធី (កុំសរសេរកាត់ លើកលែងតែ U.S.) | រដ្ឋ ឬខេត្ត (កុំសរសេរកាត់) | ទីក្រុង/ប្រជុំជន ឬយុត្តាធិការតំបន់ (កុំសរសេរកាត់) |

ឪពុកម្តាយទី 1 - ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍បច្ចុប្បន្ន:

ទោះបីជាស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍របស់អ្នកមិនបោះពុម្ពលើសំបុត្រកំណើតរបស់អ្នកក៏ដោយ ក៏ចាំបាច់ត្រូវចុះបញ្ជីកំណត់ត្រានេះស្របតាមច្បាប់និងត្រឹមត្រូវ។ ការខកខានក្នុងការផ្តល់ព័ត៌មានអំពីស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ត្រឹមត្រូវអាចបណ្តាលឱ្យសំបុត្រកំណើតរបស់អ្នកនៅមិនទាន់បានចុះឈ្មោះ ដែលនាំឱ្យមានការលំបាកផ្លូវច្បាប់ពេញមួយជីវិតរបស់អ្នក។

ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងការបង្កើតបិតុភាព:

- ប្រសិនបើឪពុកម្តាយទី 1 មិនបានរៀបការ ហើយមិនបានរៀបការក្នុងរយៈពេល 300 ថ្ងៃនៃថ្ងៃកំណើតរបស់អ្នកនោះ ឪពុកម្តាយទី 2 អាចត្រូវបានបន្ថែមតាមរយៈលិខិតទទួលស្គាល់ភាពជាឪពុកម្តាយដោយស្ម័គ្រចិត្ត នៅពេលកើត ឬនៅពេលក្រោយ។ ឪពុកម្តាយទាំងពីរ ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។
- ប្រសិនបើឪពុកម្តាយទី 1 បានរៀបការហើយ ឬបានរៀបការក្នុងរយៈពេល 300 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីថ្ងៃកំណើត ប្តីឬប្រពន្ធនោះនឹងត្រូវចុះបញ្ជីជាឪពុកម្តាយទី 2 នៅលើសំបុត្រកំណើតដំបូងរបស់កុមារ លុះត្រាតែ ឪពុកម្តាយទី 1 និងប្តីឬប្រពន្ធចុះហត្ថលេខាលើ លិខិតបញ្ជាក់អំពីភាពមិនមែនជាឪពុកម្តាយ ហើយ ឪពុកម្តាយទី 1 និងឪពុកម្តាយទី 2 ដែលបានគ្រោងទុក ចុះហត្ថលេខាលើ លិខិតទទួលស្គាល់ដោយស្ម័គ្រចិត្តលើភាពជាឪពុកម្តាយ។
- សម្រាប់ព័ត៌មានបន្ថែម សូមសួរអ្នកចុះឈ្មោះកំណើតនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នកដើម្បីជួយ។
 - សំណួរអំពី លិខិតទទួលស្គាល់ដោយស្ម័គ្រចិត្តអំពីភាពជាឪពុកម្តាយ ឬលិខិតបញ្ជាក់អំពីភាពជាឪពុកម្តាយ ក៏អាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅ: ការិយាល័យអគ្គនាយកដ្ឋាននិងស្ថិតិ តាមរយៈលេខ (617) 740-2600 ។
 - សំណួរអំពីការកាត់ក្តីរបស់តុលាការអំពីបិតុភាព ការទទួលស្គាល់ដោយស្ម័គ្រចិត្ត ការធ្វើតេស្ត DNA ឬសំណួរផ្សេងទៀតអំពីការបង្កើតបិតុភាពនៅពេលកើត ឬនៅពេលអនាគត អាចត្រូវបានបញ្ជូនទៅ: ក្រសួងចម្បង ផ្នែកអនុវត្តច្បាប់គាំពារកុមារ តាមរយៈ 1-800-332-2733 ។

| | | | |
|--|--|------------------------------|-----------------------------------|
| ស្ថានភាពអាពាហ៍ពិពាហ៍: | | កាលបរិច្ឆេទនៃការលែងលះ: | ខោនធី/យុត្តាធិការដែលបានដាក់ឯកសារ: |
| <input type="checkbox"/> រៀបការ | <input type="checkbox"/> លែងលះ: | | |
| <input type="checkbox"/> មិនដែលរៀបការ | <input type="checkbox"/> មេម៉ាយ-ពោះម៉ាយ: | កាលបរិច្ឆេទមរណភាពរបស់សហព័ទ្ធ | |
| ប្រសិនបើបានរៀបការ លែងលះ ឬមេម៉ាយ-ពោះម៉ាយ: តើសហព័ទ្ធ ឬអតីតសហព័ទ្ធរបស់អ្នកជាឪពុកម្តាយរបស់អ្នកនេះដែរឬទេ? | | | |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ | | | |

ទម្រង់បែបបទលេខ R-3P 12.21.2022 – ផ្នែក B ទំព័រ 3 នៃ 3

| |
|--|
| <p>ប្រសិនបើ មិនបាន រៀបការ និងរស់នៅក្នុងទីក្រុងផ្សេងពីកន្លែងដែលមន្ទីរពេទ្យសម្ភពស្ថិតនៅ អ្នកអាចស្នើសុំឱ្យក្សានុកច្បាប់ចម្លងសំបុត្រកំណើតនៅទីក្រុង/ទីប្រជុំជនដែលអ្នករស់នៅផងដែរ។ ប្រសិនបើនេះទាក់ទងនឹងអ្នកតើអ្នកចង់ឱ្យវិញ្ញាបនបត្ររបស់អ្នកត្រូវបានរក្សាទុកនៅការិយាល័យស្ម័គ្រចិត្ត/ទីប្រជុំជនដែលអ្នករស់នៅដែរទេ?</p> |
| <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ |

ឪពុកម្តាយទី 1 - លំនៅដ្ឋាន: លំនៅដ្ឋានរបស់អ្នកគឺជាអាសយដ្ឋានពិតប្រាកដនៃទីកន្លែងដែលអ្នករស់នៅ។ កុំប្រើប្រអប់សំបុត្រប្រៃសណីយ៍ ឬអាសយដ្ឋានផ្សេងទៀតដែលប្រើសម្រាប់តែគោលបំណងផ្ញើសំបុត្រឱ្យសោះ។ ទីក្រុង ឬទីប្រជុំជនដែលអ្នករស់នៅ ត្រូវតែចុះបញ្ជីដោយឈ្មោះស្របច្បាប់និងត្រឹមត្រូវ។ កុំរាយឈ្មោះសង្កាត់ ភូមិ ឬឈ្មោះប្លុកតូចៗផ្សេងទៀត។ អ្នកនឹងត្រូវបានសួររកអាសយដ្ឋានប្រៃសណីយ៍របស់អ្នកនៅក្នុងផ្នែកបន្ទាប់។

| | |
|---|---|
| *លំនៅដ្ឋាន: | |
| ផ្លូវលេខ និងឈ្មោះ: (ឧ.ទា. 9 Ninth Street) | អាជ្ញាធរមិន ឬយូនីត បើមាន (ឧ.ទា. Apt. 9) |
| | |

| | | |
|--|---|----------|
| ឈ្មោះទីក្រុង/ទីប្រជុំជនត្រឹមត្រូវ (ឧ.ទា. Boston, មិនមែន Mattapan នោះទេ) | រដ្ឋ (ខេត្ត/រដ្ឋ និងខោនធី ប្រសិនបើមិនមែនជា U.S.) (កុំសរសេរកាត់) | ហ្សឺបកូដ |
| ខោនធីលំនៅដ្ឋាន: តើអ្នករស់នៅក្នុងខោនធីណា? | ប្រសិនបើមិនមែននៅក្នុងរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត តើអ្នករស់នៅក្នុងព្រំដែននៃទីក្រុងដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំមិនដឹងទេ | |

ឪពុកម្តាយទី 1- អាសយដ្ឋានប្រែសម្រួល: បញ្ជូនអាសយដ្ឋានផ្ទៃប្រែសម្រួលរបស់អ្នក ប្រសិនបើវាខុសពីអាសយដ្ឋានស្នាក់នៅរបស់អ្នក។ អាសយដ្ឋាននេះមិនបង្ហាញនៅលើសំបុត្រកំណើតរបស់កូនអ្នកទេ ប៉ុន្តែវាត្រូវបានប្រើដើម្បីផ្ញើប័ណ្ណរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់កូនអ្នក ប្រសិនបើអ្នកបានជីកបាទ/ចាស ដើម្បីឱ្យលេខរបបសន្តិសុខសង្គមសម្រាប់កូនរបស់អ្នកត្រូវបានចេញដោយស្វ័យប្រវត្តិ។ វាក៏អាចត្រូវបានប្រើដើម្បីទាក់ទងអ្នកប្រសិនបើមានបញ្ហាជាមួយសំបុត្រកំណើត។

| | | |
|---|---|----------|
| អាសយដ្ឋានប្រែសម្រួល: | | |
| លេខនិងរដ្ឋប្រអប់ប្រែសម្រួល ឬ RR# - សូមសរសេរអាសយដ្ឋានដឹកជញ្ជូនប្រែសម្រួលដែលអ្នកទទួលបានសំបុត្ររបស់អ្នក។ | | |
| ទីក្រុង/ទីប្រជុំជន | រដ្ឋ (ខេត្ត/រដ្ឋ និងខោនធី ប្រសិនបើមិនមែនជា U.S.) (កុំសរសេរកាត់) | ហ្សឺបកូដ |

| |
|---|
| ប័ណ្ណ ព័ត៌មានត្រូវបានបំពេញដោយ: សូមចុះហត្ថលេខា: _____ <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយទី 1 <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយទី 2 <input type="checkbox"/> ទំនាក់ទំនងដទៃទៀត _____ |
|---|



ខ័ម័រវ័លនៃរដ្ឋម៉ាសាដូសេត
ក្រសួងសុខភាពសាធារណៈ
ការិយាល័យអគ្រានុកូលដ្ឋាននិងស្ថិតិ



ប័ណ្ណព័ត៌មានឪពុកម្តាយសម្រាប់លិខិតបញ្ជាក់កំណើត - ឪពុកម្តាយទី

2

| | |
|---|---|
| <p>ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ខាងក្រោម នឹងត្រូវបានប្រើប្រាស់ដើម្បីបង្កើតសំបុត្រកំណើតកូនរបស់អ្នក។ សំបុត្រកំណើតគឺជាឯកសារអចិន្ត្រៃយ៍ដែលនឹងត្រូវបានប្រើពេញមួយជីវិតកូនរបស់អ្នក ដើម្បីបញ្ជាក់អាយុ សញ្ជាតិ អត្តសញ្ញាណ និងឪពុកម្តាយរបស់គេ។</p> <p>សំខាន់បំផុត អ្នកត្រូវផ្តល់ព័ត៌មានពេញលេញនិងត្រឹមត្រូវចំពោះសំណួរទាំងអស់។ អក្សរ ព្រេងខ្មែរ ត្រូវបានបោះពុម្ពនៅលើសំបុត្រកំណើតស្របច្បាប់របស់កូនអ្នក ប៉ុន្តែព័ត៌មានទាំងអស់គឺចាំបាច់សម្រាប់គោលបំណងផ្នែកច្បាប់ និង/ឬសុខភាពសាធារណៈ។ ចម្លើយមួយចំនួនរបស់អ្នកត្រូវបានប្រើប្រាស់ដោយអ្នកស្រាវជ្រាវផ្នែកសុខភាពនិងវេជ្ជសាស្ត្រ ដើម្បីសិក្សានិងកែលម្អសុខភាពរបស់ឪពុកម្តាយនិងទារកទើបនឹងកើត។</p> <p>ព័ត៌មាននេះត្រូវបានប្រមូលដោយអនុលោមតាមច្បាប់ទូទៅរបស់រដ្ឋម៉ាសាដូសេត (c.111, §24B)។ លើសពីនេះទៀត យោងទៅតាមច្បាប់ស្តីពីឯកជនភាពសហព័ន្ធ ឆ្នាំ 1974 អ្នកត្រូវបានជូនដំណឹងតាមរយៈច្បាប់នេះថា ការបង្ហាញលេខរបបសន្តិសុខសង្គមរបស់អ្នកគឺជាកាតព្វកិច្ច។ ការបង្ហាញលេខរបបសន្តិសុខសង្គមតម្រូវឱ្យមានដោយអនុលោមតាមច្បាប់រដ្ឋ M.G.L. c. 46 §3D, M.G.L. c. 209C §2 និង§5 និង M.G.L. c. 119A §14 និងច្បាប់សហព័ន្ធ ផ្នែកទី 125 នៃ P.L. 100-485។ លេខរបបសន្តិសុខសង្គម ត្រូវបានប្រើដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណឪពុកម្តាយ និងដើម្បីជម្រុញអនុវត្តបទបញ្ជាគាំពារដល់កុមារ។</p> <p>សូមសរសេរចម្លើយរបស់អ្នកឱ្យបានស្អាតនិងត្រឹមត្រូវ។ សំបុត្រកំណើតគឺជាឯកសារផ្លូវច្បាប់អចិន្ត្រៃយ៍ ដែលជាកំណត់ត្រានៃព្រឹត្តិការណ៍និងព័ត៌មាននៅពេលកំណើតរបស់កូនអ្នក ហើយមិនអាចផ្លាស់ប្តូរនៅពេលក្រោយបានទេ លើកលែងតែក្នុងលក្ខខណ្ឌមានកម្រិតតិចតួចប៉ុណ្ណោះ។</p> | <p>សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្នែករដ្ឋបាលតែប៉ុណ្ណោះ</p> <p>លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ (MRN) របស់ឪពុកម្តាយដែលសម្រាលកូន៖</p> <p>លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់កូន៖</p> <p>ឯកសារ #</p> |
|---|---|

ព័ត៌មានឪពុកម្តាយទី 2
ផ្នែកនេះត្រូវបានប្រើដើម្បីបំពេញព័ត៌មានឪពុកម្តាយទី 2 នៅលើសំបុត្រកំណើតរបស់កូន។ សូមបង្ហាញទំនាក់ទំនងរបស់ឪពុកម្តាយទី 2 ចំពោះឪពុកម្តាយទី 1 ។

រៀបការជាមួយឪពុកម្តាយទី 1 ឬរៀបការជាមួយឪពុកម្តាយទី 1 ក្នុងរយៈពេល 300 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីកំណើតរបស់កូន។

មិនបានរៀបការជាមួយឪពុកម្តាយទី 1 ទេ ប៉ុន្តែនឹងបំពេញ *លិខិតទទួលស្គាល់ភាពជាឪពុកម្តាយដោយស្ម័គ្រចិត្តនៃភាពជាឪពុកម្តាយ* ឬត្រូវបានដាក់ឈ្មោះតាមដីកាបង្គាប់របស់តុលាការ។

- ប្រសិនបើឪពុកម្តាយទី 1 មិនទាន់រៀបការ និង *មិនបាន* រៀបការក្នុងរយៈពេល 300 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីថ្ងៃកំណើតរបស់កូននោះ មាតាបិតាទី 2 អាចត្រូវបានបន្ថែមតាមរយៈ *លិខិតទទួលស្គាល់ភាពជាឪពុកម្តាយដោយស្ម័គ្រចិត្ត* នៅពេលកើត ឬនៅពេលក្រោយ។ ឪពុកម្តាយទាំងពីរ ត្រូវតែចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់បែបបទនេះ។
- ប្រសិនបើបច្ចុប្បន្នឪពុកម្តាយទី 1 រៀបការ ឬបានរៀបការក្នុងរយៈពេល 300 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីពេលកើតជាមួយនរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតដែលមិនមែនជាឪពុកម្តាយទី 2 ដែលបានកំណត់របស់កូននោះ ប្តី-ប្រពន្ធនោះនឹងត្រូវបានរាយឈ្មោះក្នុងសំបុត្រកំណើតរបស់កូន លើកលែងតែសហព័ទ្ធ និងឪពុកម្តាយទី 1 ចុះហត្ថលេខាលើ *លិខិតបញ្ជាក់អំពីភាពមិនមែនជាឪពុកម្តាយហើយ* ឪពុកម្តាយទី 2 ដែលបានគ្រោងទុក និងឪពុកម្តាយទី 1 ចុះហត្ថលេខាលើ *លិខិតទទួលស្គាល់ភាពជាឪពុកម្តាយដោយស្ម័គ្រចិត្ត*។
- ប្រសិនបើអ្នកមានចម្ងល់អំពីបិទភ្នែក ឬស្ថានភាពឪពុកម្តាយ សូមសួរមន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានកំណើតនៅមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ឬទាក់ទងការិយាល័យស៊ីតិនិងអ្រានុកូលដ្ឋានតាមលេខទូរស័ព្ទ (617) 740-2600 ឬទាក់ទងក្រសួងចំណូលផ្នែកអនុវត្តច្បាប់គាំពារកុមារតាមលេខ 1-800-332-2733។

ឪពុកម្តាយទី 2 - ឈ្មោះ: បញ្ចូលឈ្មោះឪពុកម្តាយដែលនឹងបង្ហាញនៅក្នុងផ្នែកឪពុកម្តាយទី 2 នៃសំបុត្រកំណើតរបស់កូនអ្នក និង/ឬនៅលើ *លិខិតទទួលស្គាល់ភាពជាឪពុកម្តាយដោយស្ម័គ្រចិត្ត*។ សរសេរនាមខ្លួន នាមកណ្តាល និងនាមត្រកូលដាច់ពីគ្នានៅក្នុងប្រអប់ខាងក្រោម។ ឈ្មោះនេះជាឈ្មោះស្របច្បាប់ពេញលេញនិងបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នក ដែលអ្នកប្រើសម្រាប់ចុះហត្ថលេខាលើឯកសារផ្លូវច្បាប់ផ្សេងៗ។

***នាមខ្លួន:**

***នាមកណ្តាល:** ជីក ប្រសិនបើឪពុកម្តាយទី 2 មិនមាននាមកណ្តាល។

| | |
|--------------------------------|---|
| *នាមត្រកូល: (នាមត្រកូល) | *តាមជំនាន់ ប្រសិនបើមាន: (ឧ. ទា. JR, III) |
|--------------------------------|---|

ឪពុកម្តាយទី 2 - លេខរបបសន្តិសុខសង្គម (SSN): SSN ត្រូវបានទាមទារដោយច្បាប់រដ្ឋ និងសហព័ទ្ធសម្រាប់ការចុះឈ្មោះកំណើតទាំងអស់។ SSN មិនបានបោះពុម្ពនៅលើសំបុត្រកំណើតរបស់កូនអ្នកទេ។

SSN :

តួសជីក ប្រសិនបើ: ខ្ញុំមិនដែលមានលេខរបបសន្តិសុខសង្គម



ខ័ម័នវ័លនៃរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត
ក្រសួងសុខភាពសាធារណៈ
ការិយាល័យអគ្រានុកូលដ្ឋាននិងស្ថិតិ



**ប័ណ្ណព័ត៌មានរបស់ឪពុកម្តាយសម្រាប់ការរាយការណ៍
អំពីកំណើតជាសម្ងាត់**

ព័ត៌មានសម្ងាត់

ព័ត៌មានខាងក្រោមត្រូវបានតម្រូវឱ្យប្រមូលដោយយោងទៅតាមច្បាប់របស់រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត (M.G.L. Ch.111 §24B)។ ច្បាប់ក៏តម្រូវឱ្យមន្ទីរពេទ្យត្រូវរាយការណ៍ព័ត៌មានវេជ្ជសាស្ត្របន្ថែមទាក់ទងនឹងកំណើត។ ព័ត៌មាននេះត្រូវបានរក្សាទុកជាសម្ងាត់ទាំងស្រុង ហើយត្រូវបានប្រើប្រាស់សម្រាប់សុខភាពសាធារណៈនិងស្ថិតិចំនួនប្រជាជន ការស្រាវជ្រាវផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនិងការរៀបចំផែនការកម្មវិធី។

ព័ត៌មានទាំងនេះមិនដែលបង្ហាញនៅលើច្បាប់ចម្លងសំបុត្រកំណើតដែលចេញឱ្យអ្នកឬកូនរបស់អ្នកនោះទេ។ ព័ត៌មានរបស់អ្នកត្រូវបានរួមបញ្ចូលគ្នាជាទូទៅបំផុតជាមួយនឹងទិន្នន័យព័ត៌មាននៅទូទាំងរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត និងសហរដ្ឋអាមេរិក ហើយត្រូវបានបោះពុម្ពនៅក្នុងតារាង និងបញ្ជីដែលមិនបង្ហាញអត្តសញ្ញាណរបស់អ្នកដោយផ្ទាល់ឡើយ។

ព័ត៌មានដែលអ្នកផ្តល់ឱ្យអនុញ្ញាតឱ្យអ្នករៀបចំផែនការដឹងថាទីក្រុង ឬទីប្រជុំជនណាដែលត្រូវការសេវាសុខភាពសាធារណៈប្រសើរជាងមុន និងផ្តល់នូវការពិតដែលត្រូវពេទ្យរបស់អ្នកត្រូវដឹងដើម្បីសម្រាលកូនដោយសុវត្ថិភាព។ ឧទាហរណ៍ អ្នកជួយនាយកដ្ឋានសាលារៀនតាមមូលដ្ឋាន ធ្វើការព្យាករណ៍ចំនួនសិស្សដើម្បីរៀបចំផែនការសម្រាប់ការអប់រំកូនទើបនឹងកើតរបស់អ្នក អ្នកជួយអ្នកស្រាវជ្រាវនិងវេជ្ជបណ្ឌិតឱ្យដឹងថាការឈប់ដក់បារីអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះមានផលប៉ះពាល់បែបណាចំពោះការលូតលាស់គភ៌ ឬមុខរបរណាមួយដែលអាចមានគ្រោះថ្នាក់អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ហើយអ្នកជួយអ្នកផ្តល់សេវាសុខភាពឱ្យដឹងថា ភាសាណាខ្លះដែលគេប្រើនៅក្នុងតំបន់របស់ពួកគេ ដើម្បីមានឯកសារបកប្រែរួចរាល់សម្រាប់ការប្រើប្រាស់។

ការសហការរបស់អ្នកគឺត្រូវការជាបន្ទាន់ដើម្បីចងក្រងទិន្នន័យត្រឹមត្រូវអំពីគ្រួសារក្នុងរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត និងកូនទើបនឹងកើតរបស់ពួកគេ។ នេះគឺជាប្រភពចម្បងនៃព័ត៌មានស្ថិតិអំពីកំណើតក្នុងរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត ដែលគេមិនអាចដឹងបានទេប្រសិនបើគ្មានជំនួយពីអ្នក។ អ្នកធ្វើផែនការ និងអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រ ប្រើប្រាស់ទិន្នន័យកំណើតដើម្បីកែលម្អ ឬបង្កើតកម្មវិធីនិងសេវាកម្មថ្មីសម្រាប់គ្រួសារនិងកូនទើបនឹងកើតរបស់ពួកគេ។ ឯកជនភាពរបស់អ្នកត្រូវបានយកចិត្តទុកដាក់យ៉ាងខ្លាំង។ ទិន្នន័យបុគ្គលមិនត្រូវបានបញ្ចេញដោយគ្មានការអនុញ្ញាតច្បាស់លាស់ពីស្នងការសុខភាពសាធារណៈនោះទេ ហើយស្ថិតក្នុងគោលការណ៍ណែនាំដ៏តឹងរឹងបំផុតប៉ុណ្ណោះ។ ជាឧទាហរណ៍ស្តីពីការប្រើប្រាស់ព័ត៌មានបុគ្គលដែលត្រូវបានអនុញ្ញាតិ មន្ទីរពេទ្យរាយការណ៍អំពីលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តការស្តាប់របស់កូនអ្នកទៅកាន់កម្មវិធីត្រួតពិនិត្យការស្តាប់របស់ទារកទើបនឹងកើតជាសកលរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលសាធារណៈសម្រាប់ការតាមដាន ប្រសិនបើចាំបាច់។

សម្រាប់ការប្រើប្រាស់ផ្ទៃក្នុងរដ្ឋបាល
តែប៉ុណ្ណោះ

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ (MRN)
របស់ឪពុកម្តាយដែលសម្រាលកូន

លេខកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់កូន

ឯកសារ #

ឪពុកម្តាយទី 1

ឪពុកម្តាយទី 1 - ជាតិពន្ធ: ព័ត៌មានអំពីជាតិពន្ធរបស់ឪពុកម្តាយ ជួយឱ្យអ្នកស្រាវជ្រាវយល់បន្ថែមអំពីលក្ខខណ្ឌហ្សែន រហូតដល់ និងទីតាំងភូមិសាស្ត្ររបស់សហគមន៍ជនជាតិដែលមានស្រាប់និងថ្មី ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាពទទួលបានសេវាថែទាំមុន ពេលសម្រាលប្រកបដោយគុណភាព លទ្ធផលនៃការមានផ្ទៃពោះ និងតម្រូវការសុខភាពនាពេលអនាគតរបស់ កុមារតូចៗនិងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។

សូមបញ្ជាក់សារព័ត៌មានជាតិពន្ធរបស់អ្នក។ អ្នកអាចជ្រើសរើសច្រើនជាងមួយ។

| | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> អាហ្វ្រិក (សូមបញ្ជាក់): _____ | <input type="checkbox"/> កូរ៉េ |
| <input type="checkbox"/> អាមេរិកខាងកើត/កណ្តាលអាហ្វ្រិក | <input type="checkbox"/> ឡាវ |
| <input type="checkbox"/> អាមេរិក | <input type="checkbox"/> មីកស៊ីកូ / អាមេរិកខាងកើត/កណ្តាលមីកស៊ីកូ / ឈីខាណូ (4) |
| <input type="checkbox"/> ឥណ្ឌាខាងកើតអាស៊ី | <input type="checkbox"/> ជនជាតិរស់នៅតំបន់មជ្ឈិមបូព៌ា (សូមបញ្ជាក់): _____ |
| <input type="checkbox"/> ប្រេស៊ីល | <input type="checkbox"/> ជនជាតិខាងអាមេរិក (សូមបញ្ជាក់ជាតិកុលសម្ព័ន្ធ): _____ |
| <input type="checkbox"/> កម្ពុជា | _____ |
| <input type="checkbox"/> កាប់វែរ | <input type="checkbox"/> ព័រទុយហ្គាល់ |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិរស់នៅដែនកោះកាណារី (សូមបញ្ជាក់): _____ | <input type="checkbox"/> ព័រតូរីកូ |
| <input type="checkbox"/> ចិន | <input type="checkbox"/> រុស្ស៊ី |
| <input type="checkbox"/> កូឡុំប៊ី | <input type="checkbox"/> សាល់វ៉ាដ័រ |
| <input type="checkbox"/> គុយបា | <input type="checkbox"/> វៀតណាម |
| <input type="checkbox"/> ដូមីនីច | <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ីដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់): _____ |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិអឺរ៉ុប (សូមបញ្ជាក់): _____ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកកណ្តាលដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់): _____ |
| <input type="checkbox"/> ហ្វីលីពីន | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់): _____ |
| <input type="checkbox"/> កាតេដាឡា | <input type="checkbox"/> ជនជាតិព័រទុយហ្គាល់ដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់): _____ |
| <input type="checkbox"/> ហៃទី | <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកខាងត្បូងដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់): _____ |
| <input type="checkbox"/> ហុងគ្វារី | <input type="checkbox"/> ជាតិពន្ធដទៃទៀតដែលមិនបានរាយក្នុងបញ្ជី (សូមបញ្ជាក់): _____ |
| <input type="checkbox"/> ជប៉ុន | |

ឪពុកម្តាយទី 1 - ជាតិសាសន៍: ព័ត៌មានអំពីជាតិសាសន៍របស់ឪពុកម្តាយជួយឱ្យអ្នកស្រាវជ្រាវយល់បន្ថែមអំពីអត្រាកំណើត លក្ខខណ្ឌសុខភាព និងកត្តាផ្សេងទៀតទាក់ទងនឹងពូជសាសន៍ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធផលកំណើត និងតម្រូវការសេវាសុខភាពនៅក្នុង សហគមន៍រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត ។

សូមបញ្ជាក់សារព័ត៌មានជាតិសាសន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចជ្រើសរើសច្រើនជាងមួយ។

| | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិឥណ្ឌាខាងអាមេរិក/អ្នកស្រុកកំណើតខាងកើតនៃ រដ្ឋអាត្លង់តិក (សូមបញ្ជាក់ជាតិកុលសម្ព័ន្ធ): _____ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិខាងកើត/កណ្តាល/អាមេរិកខាងកើត (សូមបញ្ជាក់): _____ |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី | <input type="checkbox"/> ជនជាតិកំណើតខាងកើតនៅកោះហាវ៉ៃ |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិកោះសាម៉ា |
| <input type="checkbox"/> ហ្គាម៉ាណី ឬណាម៉ូរ៉ូ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិខាងកើត/អាមេរិកខាងកើត/ស្បែកខ្មៅ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់): _____ |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិខាងកើត/អាមេរិកខាងកើត/ស្បែកស | <input type="checkbox"/> ជាតិសាសន៍ដទៃទៀតដែលមិនបានរាយក្នុងបញ្ជី (សូមបញ្ជាក់): _____ |

ឪពុកម្តាយទី 1 - កម្រិតវប្បធម៌: ព័ត៌មានអំពីការអប់រំរបស់ឪពុកម្តាយ ជួយឱ្យអ្នកស្រាវជ្រាវយល់បន្ថែមអំពីទំនោរអាយុ និងកម្រិតនៃការអប់រំរបស់ឪពុកម្តាយនៅរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត ការជ្រើសរើសវិធីសាស្ត្រក្នុងការសម្រាលកូន និងបច្ចេកវិទ្យាបន្តពូជ កម្រិតនៃអំណានដែលចាំបាច់សម្រាប់សម្ភារៈអប់រំសុខភាព តម្រូវការព័ត៌មានសុខភាពនៅក្នុងសាលារៀនតាមមូលដ្ឋាន និងកត្តាផ្សេងទៀតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធផលកំណើត និងសុខភាពមាតានិងទារក។

តើបានបញ្ចប់ការសិក្សាកម្រិតខ្ពស់បំផុតត្រឹមណាដែរនៅពេលសម្រាលកូន?

| | | |
|---|--|--|
| <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 8 ឬទាបជាងនេះ | <input type="checkbox"/> វិញ្ញាបនបត្រ | <input type="checkbox"/> ថ្នាក់បណ្ឌិត (ឧ.ទា. PhD, EdD) ឬជំនាញ វិជ្ជាជីវៈ |
| <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 9 - 12 | <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រ (ឧ.ទា. AA, AS) | <input type="checkbox"/> សញ្ញាប័ត្រ (ឧ.ទា. MD, DDS, DVM, JD) |
| <input type="checkbox"/> អ្នកបញ្ចប់ការសិក្សានៅវិទ្យាល័យ ឬបានបញ្ចប់ការអប់រំចំណេះទូទៅ (GED) ។ | <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រ (ឧ.ទា. BA, AB, BS) | <input type="checkbox"/> ការអប់រំពិសេស |
| <input type="checkbox"/> បញ្ចប់មុខវិជ្ជានៅមហាវិទ្យាល័យខ្លះ ប៉ុន្តែគ្មានសញ្ញាប័ត្រ | <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាជាន់ខ្ពស់ (ឧ.ទា. MA, MSW, MBA) | |

ឪពុកម្តាយទី 1 - មុខរបរ និងវិស័យការងារ ព័ត៌មានអំពីការងារដែលឪពុកម្តាយមាន ជួយអ្នកស្រាវជ្រាវស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបដែលមុខរបរ និងវិស័យការងារមួយចំនួនអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធផលកំណើត។ លក្ខខណ្ឌការងារមួយចំនួនដូចជាការប៉ះពាល់នឹងថ្នាំលាបមានជាតិពុលនិងសារធាតុគីមី វិស័យការងារដែលមានភាពតានតឹងខ្លាំង និងមុខរបរដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប អាចប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពសុខភាពមាតា ហើយមានជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងពិការភាពពីកំណើត។

| | |
|--|--|
| <p>មុខរបរ/ការងារធម្មតាក្នុងផ្ទះកន្លងមក៖</p> <p>ឧទាហរណ៍៖ អ្នកសរសេរកម្មវិធីកុំព្យូទ័រ អ្នកគិតលុយ មេផ្ទះ គ្មានការងារធ្វើ</p> | <p>ក្នុងវិស័យការងារអ្វី? (អ្នកអាចរាយឈ្មោះវិស័យការងារ ឬក្រុមហ៊ុនបាន)៖</p> <p>ឧទាហរណ៍៖ ក្រុមហ៊ុនផលិតសហ្វែរ ផ្សារទំនើប Smith's Supermarket ផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួន</p> |
|--|--|

ការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់៖ ព័ត៌មានអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំជក់មុនមានផ្ទៃពោះ និងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ជួយឱ្យគ្រូពេទ្យ ផ្តល់ព័ត៌មានកាន់តែប្រសើរឡើងដល់ឪពុកម្តាយដែលកំពុងមានផ្ទៃពោះ អំពីផលប៉ះពាល់នៃការជក់បារីលើទម្ងន់ពេលកើត និងលទ្ធផលពេលកើតផ្សេងទៀត។ សំណួរនេះនឹងជួយស្វែងយល់ថា តើការកាត់បន្ថយ ឬការបង្កើនការជក់បារី នៅដំណាក់កាលផ្សេងៗគ្នាអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ មានលទ្ធផលខុសគ្នាឬយ៉ាងណា។

តើបារីប៉ុន្មានដើម ឬប៉ុន្មានកញ្ចប់ដែលឪពុកម្តាយផ្តល់កំណើត បានជក់ជាមធ្យមក្នុងមួយថ្ងៃក្នុងអំឡុងពេលនីមួយៗនៃរយៈពេលបន្ទាប់?

| | ចំនួនបារី | ឬ | ចំនួនកញ្ចប់ |
|---|-----------|---|-------------|
| 3 ខែ មុនពេល មានផ្ទៃពោះ: | _____ | | _____ |
| 3 ខែដំបូងពេលមានផ្ទៃពោះ: | _____ | | _____ |
| 3 ខែបន្ទាប់ពីមានផ្ទៃពោះ: | _____ | | _____ |
| ត្រីមាសទី 3 (3 ខែចុងក្រោយ) ពេលមានផ្ទៃពោះ: | _____ | | _____ |

ឪពុកម្តាយទី 1 - ភាសាដែលនិយមប្រើ៖ ព័ត៌មានអំពីភាសាដែលឪពុកម្តាយនិយមចូលចិត្តប្រើ ឬដែលពួកគេយល់ថា ងាយស្រួលបំផុតក្នុងការអាន ជួយកម្មវិធីសុខភាពសាធារណៈនិងអ្នកផ្តល់សេវាវេជ្ជសាស្ត្រឱ្យត្រៀមរៀបចំបានកាន់តែប្រសើរជាមួយនឹងអ្នកបកប្រែសមស្រប និងព័ត៌មានដែលបានបកប្រែរួច។ ការកំណត់សង្កាត់ និងសហគមន៍ដែលមានអ្នករស់នៅនិយាយភាសាបរទេសជាច្រើន ជួយដាក់បញ្ចូលបុគ្គលិក បកប្រែនិងសម្ភារៈចំនឹកនៃផ្ទៃក្នុងដែលពួកគេត្រូវការបំផុត។

តើអ្នក ចូលចិត្តនិយាយភាសាអ្វីជាងគេនៅពេលនិយាយអំពីសំណួរសុខភាព ឬកង្វល់ផ្សេងៗ? តើអ្នក ចូលចិត្តអានឯកសារទាក់ទងនឹងសុខភាពជាភាសាអ្វី?

| អង់គ្លេស | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> | សូម៉ាលី | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> |
|-----------------------------------|---|------------------------|---|
| អេស្ប៉ាញ | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> | អាវ៉ាប់ | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> |
| ជនជាតិពីរទុយហ្គាល់ | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> | អាល់បាស៊ី | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> |
| កាប់វែរក្រអូល (Cape Verde Creole) | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> | ចិន | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> |
| ហៃទីក្រអូល (Haitian Creole) | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> | (សូមបញ្ជាក់គ្រាមភាសា)៖ | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> |
| ខ្មែរ | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> | រុស្ស៊ី | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> |
| វៀតណាម | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> | ភាសាសញ្ញាអាមេរិកាំង | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> |
| កម្ពុជា | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> | ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) | និយាយ <input type="checkbox"/> អាន <input type="checkbox"/> |

ការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង៖ សំណួរនេះនឹងជួយរកឱ្យស្វែងយល់ថា តើបរិមាណជាតិអាណូលប៉ុន្មានដែលមានឥទ្ធិពលលើទម្ងន់ពេលកើត និងលទ្ធផលពេលកើតផ្សេងទៀត ហើយថា តើការផឹកគ្រឿងស្រវឹងនៅពេលមានផ្ទៃពោះមានលទ្ធផលខុសគ្នាដែរឬទេ ជាមួយទិន្នន័យពិតប្រាកដអំពីការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ គ្រូពេទ្យអាចផ្តល់ដំបូន្មានកាន់តែប្រសើរដល់ឪពុកម្តាយដែលកំពុងមានផ្ទៃពោះ។

តើអ្នកបានពិសាគ្រឿងស្រវឹងណាមួយក្នុងរយៈពេលបីខែមុនការមានផ្ទៃពោះនេះ ឬនៅពេលណាមួយអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនេះដែរឬទេ?

បាទ ប្រសិនបើ ក្នុងរយៈពេលបីខែ **មុនពេលមានផ្ទៃពោះនេះ** តើអ្នកពិសា (ស្រាបៀរ ស្រា ឬស្រាគ្រឿង) ចំនួនប៉ុន្មានក្នុងមួយសប្តាហ៍ជាមធ្យម?

 ទេ

ក្នុងរយៈពេល បីខែដំបូង (ត្រីមាសទី 1) នៃការមានផ្ទៃពោះនេះ តើអ្នកពិសា (ស្រាបៀរ ស្រា ឬស្រាគ្រឡង) ចំនួនប៉ុន្មានក្នុងមួយសប្តាហ៍ជាមធ្យម?

ក្នុងរយៈពេល បីខែបន្ទាប់ពីមានផ្ទៃពោះនេះ តើអ្នកពិសា (ស្រាបៀរ ស្រា ឬស្រាគ្រឡង) ចំនួនប៉ុន្មានក្នុងមួយសប្តាហ៍ជាមធ្យម?

ក្នុង ត្រីមាសទីបីនៃការមានផ្ទៃពោះនេះ តើអ្នកពិសា (ស្រាបៀរ ស្រា ឬស្រាគ្រឡង) ចំនួនប៉ុន្មានក្នុងមួយសប្តាហ៍ជាមធ្យម?

ការមានផ្ទៃពោះពីមុន និងការសម្រាលមុនពេលកំណត់៖ ទារកដែលកើតមិនគ្រប់ខែ មុនរយៈពេល 37 សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីការមានផ្ទៃពោះ ជាញឹកញយត្រូវស្នាក់នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យរយៈពេលវែង និងមានបញ្ហាសុខភាពច្រើនជាងទារកដែលកើតគ្រប់ខែ។ ឪពុកម្តាយដែលពីមុនបានសម្រាលកូនមុនកំណត់ មានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងការសម្រាលកូនមិនគ្រប់ខែ។ សំណួរនេះអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកស្រាវជ្រាវសុខភាពសាធារណៈកំណត់បានថា តើមានឪពុកម្តាយប៉ុន្មាននាក់ដែលមានប្រវត្តិសម្រាលកូនមិនគ្រប់ខែ ហើយតើត្រូវកែលម្អការថែទាំរបស់ពួកគេឱ្យកាន់តែប្រសើរឡើងដោយរបៀបណា។

ក្នុងការមានផ្ទៃពោះពីមុនណាមួយ តើអ្នកបានសម្រាលកូនលើសពី 3 សប្តាហ៍មុនថ្ងៃកំណត់ បាទ ទេ ខ្ញុំមិនដឹងទេ
ដោយសារតែអ្នកឈឺពោះ ឬបែកទឹកភ្លោះដែរឬទេ? បាទ ទេ ខ្ញុំមិនដឹងទេ

ការមានផ្ទៃពោះបច្ចុប្បន្ន និងការសម្រាលមុនពេលកំណត់៖ ប្រូស្តេរ៉ូន (Progesterone) គឺជាអរម៉ូនដ៏សំខាន់ដែលជួយឱ្យរាងកាយរបស់ស្ត្រីមានការលូតលាស់និងត្រៀមសម្រាប់ការមានផ្ទៃពោះប្រកបដោយសុខភាពល្អ។ ចំពោះស្ត្រីមួយចំនួនដែលមានហានិភ័យខ្ពស់ក្នុងការសម្រាលកូនមុនកាលកំណត់នោះ ការព្យាបាលប្រូស្តេរ៉ូនត្រូវបានបង្ហាញថាអាចជួយការពារការកើតមិនគ្រប់ខែបាន។ សំណួរទាំងនេះនឹងជួយអ្នកស្រាវជ្រាវសុខភាពសាធារណៈក្នុងការកំណត់ថាតើស្ត្រីប៉ុន្មាននាក់មានសិទ្ធិទទួលបានប្រូស្តេរ៉ូន និងបង្ហាញពីឧបសគ្គក្នុងការព្យាបាល។

តើគេបានប្រាប់អ្នកថា អ្នកមានមាត់ស្បូនខ្លីអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ? បាទ ទេ ខ្ញុំមិនដឹងទេ

តើអ្នកត្រូវបានផ្តល់ប្រូស្តេរ៉ូនដើម្បីការពារការសម្រាលមុនកំណត់អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនេះដែរឬទេ? បាទ ដោយសារតែការសម្រាលកូនមុនកំណត់ពេលមានផ្ទៃពោះពីមុន។
(សូមគូសផែនការតែមួយប៉ុណ្ណោះ) បាទ ព្រោះមាត់ស្បូនរបស់ខ្ញុំខ្លីអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនេះ។ ទេ ខ្ញុំមិនដឹងទេ

តើអ្នកបានទទួលប្រូស្តេរ៉ូនក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនេះដែរឬទេ? បាទ ប្រូស្តេរ៉ូនបញ្ចប់បញ្ចូល បាទ ប្រូស្តេរ៉ូនបញ្ចូលតាមទ្វារមាស បាទ ថ្នាំគ្រាប់ប្រូស្តេរ៉ូនលេបតាមមាត់ ទេ ទេ បើទោះជាបំបែកបំបែកខ្ញុំមិនបំបែកលើថ្លែងចំណាយនេះទេ ទេ ខ្ញុំបដិសេធមិនទទួលយក ខ្ញុំមិនដឹងទេ

អាហារ WIC៖ អ្នករៀបចំកម្មវិធីសុខភាពសាធារណៈចង់ដឹងថា តើឪពុកម្តាយចុះឈ្មោះសម្រាប់ WIC ដោយសារពួកគេមានផ្ទៃពោះ ហើយថាតើការទទួលបានអាហារ WIC អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះជួយឪពុកម្តាយសម្រាលកូនដែលមានសុខភាពល្អយ៉ាងណា។ ព័ត៌មានបែបនេះអាចជួយរក្សាកម្មវិធីបែបនេះឱ្យមានសម្រាប់គ្រួសារ។

តើអ្នកបានទទួលអាហារ WIC (ស្ត្រី ទារក និងកុមារ) សម្រាប់ខ្លួនអ្នក ដោយសារអ្នកមានផ្ទៃពោះកូននេះដែរឬទេ? បាទ ទេ ខ្ញុំមិនដឹងទេ

ការសម្រាលកូននៅផ្ទះ៖ ឆ្លើយតែក្នុងករណីដែលអ្នកសម្រាលកូនរបស់អ្នកនៅផ្ទះប៉ុណ្ណោះ។ (ប្រសិនបើមិនមែនទេ អ្នកអាចរំលងសំណួរនេះបាន)។ សំណួរនេះនឹងជួយរកឱ្យស្វែងយល់ថា តើការសម្រាលកូនតាមផ្ទះចំនួនប៉ុន្មានត្រូវបានគ្រោងទុក និងចំនួនប៉ុន្មានដែលមិនបានគ្រោងទុក ដើម្បីផ្តល់ព័ត៌មានស្ថិតិ និងសេវាកម្ម។

តើអ្នកមានគម្រោងសម្រាលកូននៅផ្ទះ ឬនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬនៅមណ្ឌលសម្រាលកូនដែរឬទេ?

- បាទ ខ្ញុំចង់សម្រាលកូននៅផ្ទះ
- ទេ ខ្ញុំចង់សម្រាលកូននៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមណ្ឌលសម្រាលកូន

ទម្ងន់និងសុខភាពមាតានិងទារក៖ គួបជូរជាមួយនឹងស្ថិតិដែលគេដឹងអំពីការឡើងទម្ងន់អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ អ្នកស្រាវជ្រាវផ្នែកសុខភាពសាធារណៈចង់សិក្សាអំពីទម្ងន់មុនពេលមានផ្ទៃពោះ ដើម្បីដឹងថា តើកម្រិតទម្ងន់ខ្លះនាំឱ្យឪពុកម្តាយនិងទារកមានសុខភាពល្អដែរឬទេ។

តើទម្ងន់មុនពេលមានផ្ទៃពោះរបស់អ្នកមានទម្ងន់ប៉ុន្មាន ពេលគឺទម្ងន់របស់អ្នក _____ **ផោន។**
តាមទម្ងន់មុនពេលមានផ្ទៃពោះកូននេះ?

ការថែទាំធ្មេញអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ៖ អ្នកស្រាវជ្រាវផ្នែកសុខភាពសាធារណៈ ចង់ទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែមអំពីថា តើការសម្អាតធ្មេញប្រកបដោយវិជ្ជាជីវៈ និងបញ្ហាសុខភាពមាត់ធ្មេញអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ មានឥទ្ធិពលលើសុខភាពទារកទើបនឹងកើតដែរឬទេ ដើម្បីឱ្យគ្រូពេទ្យអាចផ្តល់ដំបូន្មានកាន់តែប្រសើរឡើង ដល់ឪពុកម្តាយដែលមានផ្ទៃពោះ។

អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនេះ តើអ្នកទទួលបានការសម្អាតធ្មេញពីទន្តបណ្ឌិត បាទ ទេ
ឬអ្នកអនាម័យមាត់ធ្មេញដែរឬទេ?

តើអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពមាត់ធ្មេញពេលមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ? បាទ ទេ
 ខ្ញុំមិនដឹងទេ

ប្រសិនបើការទៅពិនិត្យធ្មេញលើកចុងក្រោយរបស់អ្នកបានធ្វើឡើងលើសពីប្រាំមួយខែមុន បាទ ទេ
ឬប្រសិនបើអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពមាត់ធ្មេញ (ឧទាហរណ៍ ហើម ឬហូរឈាមអញ្ចាញធ្មេញ ពុកធ្មេញ បាទ ទេ
សញ្ញានៃការឆ្លងមេរោគ) តើអ្នកផ្តល់សេវាថែទាំមុន ខ្ញុំមិនដឹងទេ
ពេលសម្រាលរបស់អ្នកបានបញ្ជូនអ្នកទៅជួបទន្តពេទ្យដែរឬទេ?

ទំនោរនៃការផ្តល់កំណើត និងបច្ចេកវិទ្យា:

ការព្យាបាលឱ្យមានផ្ទៃពោះ និងបច្ចេកវិទ្យា: ព័ត៌មានកាន់តែប្រសើរឡើងអំពីការប្រើប្រាស់ថ្នាំជួយឱ្យមានផ្ទៃពោះ និងបច្ចេកវិទ្យាបន្តពូជជំនួយ នឹងអនុញ្ញាតឱ្យអ្នកស្រាវជ្រាវកំណត់ការទំនោរនៅក្នុងការប្រើប្រាស់ការព្យាបាលប្រភេទថ្មី។ ទិន្នន័យនេះក៏នឹងជួយឱ្យគ្រូពេទ្យសម្ភព និងអ្នកជំនីរបស់ពួកគេដឹងបន្ថែមអំពីហានិភ័យ និងអត្ថប្រយោជន៍ដែល អាចមានចំពោះម្តាយនិងទារកទើបនឹងកើត អាស្រ័យលើអាយុរបស់ម្តាយ ទំនាក់ទំនងសេលូទិចជាមួយនឹងកូន និងលក្ខណៈផ្សេងៗទៀត។ ព័ត៌មាននេះគួរតែត្រូវបានបំពេញអំពីម្តាយដែលសម្រាលកូន។

តើអ្នកបានប្រើថ្នាំជួយឱ្យមានផ្ទៃពោះ ឬទទួលបាននីតិវិធីវេជ្ជសាស្ត្រណាមួយពីវេជ្ជបណ្ឌិត គិលានុបដ្ឋាយិកា ឬបុគ្គលិកថែទាំសុខភាពផ្សេងទៀត ដើម្បីជួយអ្នកឱ្យមានផ្ទៃពោះ: បាទ ទេ
បច្ចុប្បន្ននេះដែរឬទេ? (នេះអាចរួមបញ្ចូលការព្យាបាលភាពគ្មានកូន ដូចជាថ្នាំ បង្កើនលទ្ធភាពមានកូន ឬបច្ចេកវិទ្យាបន្តពូជជំនួយ)

- ប្រសិនបើអ្នកឆ្លើយថា បាទ:*
- ថ្នាំបង្កើនលទ្ធភាពមានកូនដែលចេញផ្សាយដោយវេជ្ជបណ្ឌិត**
 ថ្នាំជួយឱ្យមានផ្ទៃពោះ រួមមាន Clomid®, Serophene®, Pergonal®, ឬថ្នាំផ្សេងទៀត ដែលជំរុញការធ្លាក់មេជីវិតញី។
 - ការបង្កកំណើតសិប្បនិម្មិត ឬការបញ្ចូលមេជីវិតឈ្មោលទៅក្នុងស្បូន**
 រាប់បញ្ចូលការព្យាបាលដែលមេជីវិតឈ្មោល (ឬន្តែ មិនមែន ជាស៊ុត) ត្រូវបានគេប្រមូល និងដាក់បញ្ចូលតាមវេជ្ជសាស្ត្រទៅក្នុងខ្លួនម្តាយដែលផ្តល់កំណើតកូន។
 - បច្ចេកវិទ្យាបន្តពូជជំនួយ**
 រាប់បញ្ចូលការព្យាបាល ដែលទាំងស្រីនិងមេជីវិតបុរស ត្រូវបានគ្រប់គ្រង នៅក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ដូចជា ការបង្កកំណើតក្នុងកែវ [IVF] ការបញ្ចូលកាម៉ែត ចូលក្នុងប្រមោយស្បូន [GIFT] ការបញ្ចូលស៊ុតក្នុងប្រមោយស្បូន [ZIFT] ការបញ្ចូលមេជីវិតឈ្មោលចូលទៅក្នុងមេជីវិតញី [ICSI] ការបញ្ចូល អំប្រិយ៉ុងបង្កក ឬការបញ្ចូលអំប្រិយ៉ុងរបស់អ្នកបរិច្ចាគ។
 - ខ្ញុំមិនបានប្រើវិធីព្យាបាលឱ្យមានផ្ទៃពោះក្នុងអំឡុងខែដែលខ្ញុំមានផ្ទៃពោះកូនថ្មីរបស់ខ្ញុំទេ ។**
 - ការព្យាបាលវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងទៀត។ សូមបញ្ជាក់:**

- តើមាន អនុវត្តវិធីណាមួយក្នុងចំណោមវិធីខាង ក្រោម អំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះនេះ ដែរឬទេ? គូសជីកគ្រប់ចម្លើយទាំងអស់ដែល ត្រឹមត្រូវ។**
- អ្នកបរិច្ចាគស៊ុតអនាមិក អ្នកបរិច្ចាគមេជីវិតឈ្មោលអនាមិក
 - អ្នកបរិច្ចាគដែលបានស្គាល់ ដែលមិនមែនជាឪពុកម្តាយតាមការគ្រោងទុក*
 - ការពពោះជំនួស
 - មិនបានអនុវត្តវិធីណាមួយទាំងអស់

***ប្រពេញក៏បាន អត់ក៏បាន:** ការកត់ត្រាព័ត៌មានអំពីអ្នកបរិច្ចាគហ្សែន អាចនឹងមានប្រយោជន៍សម្រាប់ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ របស់កូនអ្នក។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ផ្តល់ព័ត៌មាននេះ សូមបំពេញចំណុចដូចខាងក្រោម:

| | | |
|--------|--|---|
| ឈ្មោះ: | <input type="checkbox"/> អ្នកបរិច្ចាគមេជីវិត | <input type="checkbox"/> អ្នកបរិច្ចាគស៊ុត |
| ឈ្មោះ: | <input type="checkbox"/> អ្នកបរិច្ចាគមេជីវិត | <input type="checkbox"/> អ្នកបរិច្ចាគស៊ុត |
| ឈ្មោះ: | <input type="checkbox"/> អ្នកបរិច្ចាគមេជីវិត | <input type="checkbox"/> អ្នកបរិច្ចាគស៊ុត |

| ឪពុកម្តាយទី 1 - ប្រវត្តិផ្ទៃពោះ: | | កាលបរិច្ឆេទ ការមករដូវចុងក្រោយ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) | | |
|--|---|---|------|-------|
| ឪពុកម្តាយទី 1 - គម្រិតប្បវេណី: | _____ ហ្វឹក _____ អ៊ុញ | ខែ | ថ្ងៃ | ឆ្នាំ |
| កំណើតទារកមានជីវិតពីមុន: | មិនរាប់បញ្ចូលទារកនេះទេ។ សម្រាប់ការសម្រាលច្រើនដង សូមរាប់បញ្ចូលទាំងទារកដែលកើតនៅរស់ទាំងអស់ដែលត្រូវបានសម្រាលមុនទារកនេះក្នុងថ្ងៃ ដែលពួកគេនៅមានជីវិតរស់។ | កាលបរិច្ឆេទនៃ កំណើតទារកមានជីវិតចុងក្រោយ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) | | |
| # ឥឡូវនេះនៅមានជីវិត: | # កើតមករស់ ឥឡូវស្លាប់: _____ | ខែ | ថ្ងៃ | ឆ្នាំ |
| ចំនួនលទ្ធផលនៃការមានផ្ទៃពោះផ្សេងទៀត: | ចំនួនសរុបលទ្ធផលនៃការមានផ្ទៃពោះផ្សេងទៀតដែលមិននាំមកនូវកំណើតរស់។ រួមបញ្ចូលការបាត់បង់ភ័ស្តុតាងការបាត់បង់តាមអាយុគីដោយឯកឯង ការបាត់បង់ដែលបង្កឡើងដោយកត្តាផ្សេងៗ និង/ឬការមានផ្ទៃពោះក្រៅស្បូន។ ប្រសិនបើនេះគឺជាការសម្រាលច្រើនដង សូមរួមបញ្ចូលការបាត់បង់ណាមួយដោយមិនគិតពីអាយុគីដោយឯកឯងឡើយ មុនពេលសម្រាលកូននេះ។ នេះអាចរួមបញ្ចូលការបាត់បង់ដែលកើតឡើងក្នុងការមានផ្ទៃពោះនេះ ឬក្នុងការមានផ្ទៃពោះពីមុន។ | កាលបរិច្ឆេទនៃ លទ្ធផលមានផ្ទៃពោះដទៃទៀតចុងក្រោយ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) | | |
| # លទ្ធផលការមានផ្ទៃពោះដទៃទៀត _____ | | ខែ | ថ្ងៃ | ឆ្នាំ |

ឪពុកម្តាយទី១ - ជាតិពន្ធុ៖ ព័ត៌មានអំពីជាតិពន្ធុរបស់ឪពុកម្តាយ ជួយឱ្យអ្នកស្រាវជ្រាវយល់បន្ថែមអំពីលក្ខខណ្ឌហ្សែន រហូតដល់ និងទីតាំងភូមិសាស្ត្ររបស់សហគមន៍ជនជាតិដែលមានស្រាប់និងថ្មី ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធភាពទទួលបានសេវាថែទាំមុន ពេលសម្រាលប្រកបដោយគុណភាព លទ្ធផលនៃការមានផ្ទៃពោះ និងតម្រូវការសុខភាពនាពេលអនាគតរបស់ កុមារក្នុងៗនិងគ្រួសាររបស់ពួកគេ។

សូមបញ្ជាក់សារព័ត៌មានជាតិពន្ធុរបស់អ្នក។ អ្នកអាចជ្រើសរើសច្រើនជាងមួយ។

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> អាហ្វ្រិក (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ | <input type="checkbox"/> កូរ៉េ |
| <input type="checkbox"/> អាមេរិកខាងកើតអាហ្វ្រិក | <input type="checkbox"/> ឡាវ |
| <input type="checkbox"/> អាមេរិក | <input type="checkbox"/> មីកស៊ីកូ / អាមេរិកខាងកើតមីកស៊ីកូ / ឈីនាណូ (4) |
| <input type="checkbox"/> ឥណ្ឌាខាងកើតអាស៊ី | <input type="checkbox"/> ជនជាតិរស់នៅតំបន់មជ្ឈិមបូព៌ា (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ |
| <input type="checkbox"/> ប្រេស៊ីល | <input type="checkbox"/> ជនជាតិខាងអាមេរិក (សូមបញ្ជាក់ជាតិកុលសម្ព័ន្ធ)៖ _____ |
| <input type="checkbox"/> កម្ពុជា | |
| <input type="checkbox"/> កាប៉ុង | <input type="checkbox"/> ព័រទុយហ្គាល់ |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិរស់នៅដែនកោះកាណារី (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ | <input type="checkbox"/> ព័រតូរីកូ |
| <input type="checkbox"/> ចិន | <input type="checkbox"/> រុស្ស៊ី |
| <input type="checkbox"/> កូឡុំប៊ី | <input type="checkbox"/> សាល់វ៉ាដ័រ |
| <input type="checkbox"/> គុយបា | <input type="checkbox"/> វៀតណាម |
| <input type="checkbox"/> ដូមីនីច | <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ីដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិអឺរ៉ុប (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកកណ្តាលដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ |
| <input type="checkbox"/> ហ្វីលីពីន | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ |
| <input type="checkbox"/> កាតាម៉ាណូ | <input type="checkbox"/> ព័រទុយហ្គាល់ដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ |
| <input type="checkbox"/> ហៃទី | <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាមេរិកខាងត្បូងដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ |
| <input type="checkbox"/> ហុងគ្រីស | <input type="checkbox"/> ជាតិពន្ធុដទៃទៀតដែលមិនបានរាយក្នុងបញ្ជី (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ |
| <input type="checkbox"/> ជប៉ុន | |

ឪពុកម្តាយទី 2 - ជាតិសាសន៍៖ ព័ត៌មានអំពីជាតិសាសន៍របស់ឪពុកម្តាយជួយឱ្យអ្នកស្រាវជ្រាវយល់បន្ថែមអំពីអត្រាកំណើត លក្ខខណ្ឌសុខភាព និងកត្តាផ្សេងទៀតទាក់ទងនឹងពូជសាសន៍ដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធផលកំណើត និងតម្រូវការសេវាសុខភាពនៅក្នុង សហគមន៍រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត ។

សូមបញ្ជាក់សារព័ត៌មានជាតិសាសន៍របស់អ្នក។ អ្នកអាចជ្រើសរើសច្រើនជាងមួយ។

| | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិខាងអាមេរិក/ជនជាតិខាងអាស៊ី (សូមបញ្ជាក់ជាតិ កុលសម្ព័ន្ធ)៖ _____ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិខាងអាមេរិក/អាស៊ី/ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិអាស៊ី | <input type="checkbox"/> ជនជាតិកំណើតនៅកោះហាវ៉ៃ |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកខ្មៅ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិកោះសាម៉ា |
| <input type="checkbox"/> ហ្គាម៉ាស៊ី ឬឆាម៉ូរ៉ូ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិស្បែកស |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិខាងអាមេរិក/អាស៊ី/ស្បែកខ្មៅ | <input type="checkbox"/> ជនជាតិដែនកោះប៉ាស៊ីហ្វិកដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ |
| <input type="checkbox"/> ជនជាតិខាងអាមេរិក/អាស៊ី/ស្បែកស | <input type="checkbox"/> ជាតិសាសន៍ដទៃទៀតដែលមិនបានរាយក្នុងបញ្ជី (សូមបញ្ជាក់)៖ _____ |

ឪពុកម្តាយទី១ - កម្រិតវប្បធម៌៖ ព័ត៌មានអំពីការអប់រំរបស់ឪពុកម្តាយ ជួយឱ្យអ្នកស្រាវជ្រាវយល់បន្ថែមអំពីទំនោរអាយុ និងកម្រិតនៃការអប់រំរបស់ឪពុកម្តាយនៅរដ្ឋម៉ាសាឈូសេត ការជ្រើសរើសវិធីសាស្ត្រក្នុងការសម្រាលកូន និងបច្ចេកវិទ្យាបន្តពូជ កម្រិតនៃអំណានដែលចាំបាច់សម្រាប់សម្ភារៈអប់រំសុខភាព តម្រូវការព័ត៌មានសុខភាពនៅក្នុងសាលារៀនតាមមូលដ្ឋាន និងកត្តាផ្សេងទៀតដែលអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធផលកំណើត និងសុខភាពមាតានិងទារក។

តើបានបញ្ចប់ការសិក្សាកម្រិតខ្ពស់បំផុតត្រឹមណាដែរនៅពេលសម្រាលកូន?

| | | |
|--|--|--|
| <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 8 ឬទាបជាងនេះ | <input type="checkbox"/> វិញ្ញាបនបត្រ | <input type="checkbox"/> ថ្នាក់បណ្ឌិត (ឧ.ទា. PhD, EdD) ឬដ្ឋានវិជ្ជាជីវៈសញ្ញាប័ត្រ (ឧ.ទា. MD, DDS, DVM, JD) |
| <input type="checkbox"/> ថ្នាក់ទី 9 - 12 | <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រ (ឧ.ទា. AA, AS) | |
| <input type="checkbox"/> អ្នកបញ្ចប់ការសិក្សានៅវិទ្យាល័យ ឬបានបញ្ចប់ការអប់រំចំណេះទូទៅ (GED)។ | <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាបត្រ (ឧ.ទា. BA, AB, BS) | <input type="checkbox"/> ការអប់រំពិសេស |
| <input type="checkbox"/> បញ្ចប់មុខវិជ្ជានៅមហាវិទ្យាល័យខ្លះ ប៉ុន្តែគ្មានសញ្ញាប័ត្រ | <input type="checkbox"/> បរិញ្ញាជាន់ខ្ពស់ (ឧ.ទា. MA, MSW, MBA) | |

ឪពុកម្តាយទី 2 - មុខរបរ និងវិស័យការងារ ព័ត៌មានអំពីការងារដែលឪពុកម្តាយមាន ជួយអ្នកស្រាវជ្រាវស្វែងយល់បន្ថែមអំពីរបៀបដែលមុខរបរ និងវិស័យការងារមួយចំនួនអាចប៉ះពាល់ដល់លទ្ធផលកំណើត។ លក្ខខណ្ឌការងារមួយចំនួនដូចជាការប៉ះពាល់នឹងថ្នាំលាបមានជាតិពុលនិងសារធាតុគីមី វិស័យការងារដែលមានភាពតានតឹងខ្លាំង និងមុខរបរដែលមានប្រាក់ចំណូលទាប អាចប៉ះពាល់ដល់ស្ថានភាពសុខភាពមាតា ហើយមានជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងពិការភាពពីកំណើត។

| | |
|--|--|
| <p>មុខរបរ / ការងារធម្មតាក្នុងឆ្នាំកន្លងមក៖</p> <p><i>ឧទាហរណ៍៖ អ្នកសរសេរកម្មវិធីកុំព្យូទ័រ អ្នកគិតលុយ មេផ្ទះ អ្នកគ្មានការងារធ្វើ</i></p> | <p>ក្នុងវិជ្ជាជីវៈអ្វី? (អ្នកអាចរាយឈ្មោះវិជ្ជាជីវៈឬក្រុមហ៊ុនបាន)៖</p> <p><i>ឧទាហរណ៍៖ ក្រុមហ៊ុនសហ្វែរ ផ្សារទំនើប Smith's Supermarket ផ្ទះផ្ទាល់ខ្លួន</i></p> |
|--|--|

សូមបញ្ជូនប័ណ្ណព័ត៌មាននេះទៅឱ្យមន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យរបស់អ្នក ឬតាមការណែនាំផ្សេងទៀត។ សូមអរគុណ។