



ແບບຟອມລາຍງານ ຫປພສ

ຂໍ້ມູນທົ່ວໄປ

ຊື່:	ນາມສະກຸນ:	ວັນເດືອນປີເກີດ: / /	ເລກລະຫັດ:
ທີ່ຢູ່:	ເພດ: ຊາຍ/ຍິງ	ຊົນເຜົ່າ:	
ແຂວງ:	ເມືອງ:	ບ້ານ: ສຸກສາລາ: ເຂດ(ເມືອງ):	ຜູ້ລາຍງານ: ໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບ: ເບີໂທ: ອີເມວ:

ຊື່ວັກຊີນທີ່ໃຫ້	ເສັ້ນທາງ	ຂະໜາດ	ເລກກຸ່ມຜະລິດ	ໂຮງງານ	ວັນ.ເດືອນ.ປີໝົດອາຍຸ

ວັນເດືອນປີສັກ	ມີເລີ້ມຕົ້ນ ຫປພສ	ໄລຍະເວລາຂອງການເກີດ	ວັນ.ເດືອນ.ປີລາຍງານ

<p>ໃຫ້ໝາຍໃສ່ (✓) ຮູບສີ່ຫລ່ຽມຂ້າງລຸ່ມນີ້:</p> <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ອາການຊຶມເປື້ອ <input type="checkbox"/> ເປັນລົມ <input type="checkbox"/> ເປັນຜີ <input type="checkbox"/> ສະອາດ <input type="checkbox"/> ບໍ່ສະອາດ <input type="checkbox"/> ໜາກກະດັນໄຄ່ <input type="checkbox"/> ໃຫຍ່>1.5 ຊມ <input type="checkbox"/> ມີໜອງຍ້ອຍ <input type="checkbox"/> ປະຕິກິລິຍາກັບບ່ອນທີ່ຮ້າຍແຮງ: <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> ຫລາຍກວ່າ 3 ມື້; <input type="checkbox"/> ໄຄ່ຕາມຂໍ້ <input type="checkbox"/> ໄດ້ນອນໂຮງໝໍ <p>ປະຕິກິລິຍາວັກຊີນ:</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; border: none;"><u>ບ່ອນສັກ ແລະ ອາການສະແດງ:</u></td> <td style="width: 33%; border: none;"><u>ອາການແພ້</u></td> <td style="width: 33%; border: none;"><u>ອາການທາງລະບົບລະລາຍ</u></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ເຈັບ</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ເປັນປາມແດງ</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ຖອກທ້ອງ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ໄຄ່ບວມ</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ເປັນຕຸ່ມ</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ຮາກ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ໄຂ້</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ໄຄ່ບວມຕາມຕີນຕົວ</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ບຸ້ນທ້ອງ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ໂຕເຢັນ</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ເປັນລົມ/ກໍ່ແຫລ້</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ອາການ ກີ່ແຮງ</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ກະວິນກະວາຍ</td> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><u>ບາເຣ</u></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ເມື່ອຍ/ອ່ອນແຮງ</td> <td style="border: none;"><u>ອາການທາງປະສາດ:</u></td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ເຈັບຫົວ</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ມືນຊາ</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ເຈັບກ້າມຊີ້ນ</td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ອ່ອນແຫລວ</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none;"><input type="checkbox"/> ມືນຫົວ</td> <td style="border: none;"></td> </tr> </table> <p><input type="checkbox"/> ອາການ ຫປພສ ອື່ນໆ</p>	<u>ບ່ອນສັກ ແລະ ອາການສະແດງ:</u>	<u>ອາການແພ້</u>	<u>ອາການທາງລະບົບລະລາຍ</u>	<input type="checkbox"/> ເຈັບ	<input type="checkbox"/> ເປັນປາມແດງ	<input type="checkbox"/> ຖອກທ້ອງ	<input type="checkbox"/> ໄຄ່ບວມ	<input type="checkbox"/> ເປັນຕຸ່ມ	<input type="checkbox"/> ຮາກ	<input type="checkbox"/> ໄຂ້	<input type="checkbox"/> ໄຄ່ບວມຕາມຕີນຕົວ	<input type="checkbox"/> ບຸ້ນທ້ອງ	<input type="checkbox"/> ໂຕເຢັນ	<input type="checkbox"/> ເປັນລົມ/ກໍ່ແຫລ້	<input type="checkbox"/> ອາການ ກີ່ແຮງ	<input type="checkbox"/> ກະວິນກະວາຍ		<u>ບາເຣ</u>	<input type="checkbox"/> ເມື່ອຍ/ອ່ອນແຮງ	<u>ອາການທາງປະສາດ:</u>		<input type="checkbox"/> ເຈັບຫົວ	<input type="checkbox"/> ມືນຊາ		<input type="checkbox"/> ເຈັບກ້າມຊີ້ນ	<input type="checkbox"/> ອ່ອນແຫລວ			<input type="checkbox"/> ມືນຫົວ		<p>ອະທິບາຍເຫດຜົນອື່ນໆທີ່ເຫັນວ່າເໝາະສົມ</p>
<u>ບ່ອນສັກ ແລະ ອາການສະແດງ:</u>	<u>ອາການແພ້</u>	<u>ອາການທາງລະບົບລະລາຍ</u>																													
<input type="checkbox"/> ເຈັບ	<input type="checkbox"/> ເປັນປາມແດງ	<input type="checkbox"/> ຖອກທ້ອງ																													
<input type="checkbox"/> ໄຄ່ບວມ	<input type="checkbox"/> ເປັນຕຸ່ມ	<input type="checkbox"/> ຮາກ																													
<input type="checkbox"/> ໄຂ້	<input type="checkbox"/> ໄຄ່ບວມຕາມຕີນຕົວ	<input type="checkbox"/> ບຸ້ນທ້ອງ																													
<input type="checkbox"/> ໂຕເຢັນ	<input type="checkbox"/> ເປັນລົມ/ກໍ່ແຫລ້	<input type="checkbox"/> ອາການ ກີ່ແຮງ																													
<input type="checkbox"/> ກະວິນກະວາຍ		<u>ບາເຣ</u>																													
<input type="checkbox"/> ເມື່ອຍ/ອ່ອນແຮງ	<u>ອາການທາງປະສາດ:</u>																														
<input type="checkbox"/> ເຈັບຫົວ	<input type="checkbox"/> ມືນຊາ																														
<input type="checkbox"/> ເຈັບກ້າມຊີ້ນ	<input type="checkbox"/> ອ່ອນແຫລວ																														
	<input type="checkbox"/> ມືນຫົວ																														

.....	
ປັນປົວ: ດີ / ບໍ່ດີ ນອນໂຮງໝໍ: ນອນ/ບໍ່ນອນ ອາການຊີວິດ: ຕາຍ / ບໍ່ຕາຍ	

ວັນທີ,ເດືອນ,ປີລາຍງານ :.....
ຊື່ຜູ້ລາຍງານ

ແຂວງ ຫລື ເມືອງ ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ຂ້າງລຸ່ມນີ້ໃຫ້ຄົບຖ້ວນ

ວັນ.ເດືອນ.ປີຮັບລາຍງານ: / /	ກວດກາໂດຍ;
ຕ້ອງການລົງສອບສວນຕົມ: ຕ້ອງການ/ບໍ່ຕ້ອງການ	ຖ້າຕ້ອງການມີໃດຈະລົງ: / /
ຊື່ຜູ້ຈະລົງສອບສວນ: 1/ 2/ 3/ 4/ 5/	ເລກລະຫັດ ຫປພສ :
ປະເມີນອາການເບື້ອງຕົ້ນ:	ບິ່ງມະຕິເສຍຊີວິດ:

ໝາຍເຫດ: ແບບຟອມນີ້ແມ່ນພະນັກງານຢູ່ໜ່ວຍບໍລິການຄັງທີ່, ເຄື່ອນທີ່ ຫລື ຜູ້ທີ່ເຫັນເຫດການທຳອິດສອບສວນ ແລະ ຕື່ມຂໍ້ມູນນີ້ໃສ່ແບບຟອມແລ້ວສົ່ງລາຍງານໃຫ້ເມືອງ, ຖ້າເປັນໜ່ວຍງານບໍລິການໂຮງໝໍເມືອງ, ແຂວງ, ສູນກາງຕ້ອງສົ່ງລາຍງານໃຫ້ສັກຢາເມືອງ ຫລື ສັກຢາກັນພະຍາດແຂວງ ຫລື ນະຄອນຫລວງ, ອາການເບົາບາງກໍ່ຕ້ອງຂຽນໃສ່ຟອມນີ້ເພື່ອລາຍງານຂຶ້ນເທິງຂອງຕົນຖັດໄປໂດຍບໍ່ໃຫ້ມີການສັ່ງເລໃນການລາຍງານ, ບົດລາຍງານສາມາດສົ່ງທາງ ວອດແອບ,ສະແກນສົ່ງທາງອີແມວ, ທາງແຟກ, ໄປສະນີ ຫລື ອື່ນໆ



ພາກທີສອງ ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃຫ້ຄົບຖ້ວນ ໂດຍຜູ້ທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫປພສ ຂອງເມືອງ

ບົດລາຍງານນີ້ຕ້ອງສົ່ງໃຫ້ຜູ້ທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫປພສ ຂັ້ນແຂວງ

ບ່ອນໃດຕ້ອງແນະນຳໃຫ້ມີການສືບສວນກໍລະນີທັນທີທັນໃດ, ຫລື ໃນ 48 ຊົ່ວໂມງຂອງການລາຍງານໃນວັນທີຂອງພາກທີຫນຶ່ງ

<p>ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນ ຂອງຜູ້ປົກຄອງເດັກ ຊື່ເດັກ</p>	<p>ເລກລະຫັດຂອງ ຫປພສ :</p>
<p>ວັນ.ເດືອນ.ປີ ຮັບລາຍງານຈາກສຸກສາລາ/ໜ່ວຍບໍລິການ ____ / ____ / ____</p> <p>ບົດລາຍງານກວດກາໂດຍ:</p> <p>ແບບຟອມຕື່ມຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p>ຫປພສ ບໍ່ສາມາດລາຍງານ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ</p> <p>ຕ້ອງການສອບສວນຕື່ມ <input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ (ເບິ່ງເງື່ອນໄຂຂອງການສອບສວນກໍລະນີ)</p> <p>ຖ້າຕ້ອງການສອບສວນກໍລະນີຮີບດ່ວນຜູ້ຮັບຜິດຊອບ ຫປພສ ຂັ້ນແຂວງຕ້ອງຕັດສິນໃຈ</p>	<p>ເປັນໄປໄດ້ສຳລັບການສອບສວນ (ຫປພສ ນີ້ຕ້ອງໄດ້ຮັບການສອບສວນຖ້າເຫດຜົນ ແລະ ເງື່ອນຫາກເຫັນວ່າເໝາະສົມ):</p> <p>ຜົນໄດ້ຮັບຄຶງທີ່ ຫລື ພົວພັນເຖິງການເສຍອົງຄະ</p> <p>ຖ້າກໍລະນີທີ່ເປັນໄພຂົ່ມຄູ່ຕໍ່ຊີວິດ:</p> <p><input type="checkbox"/> ກໍລະນີເສຍຊີວິດ</p> <p><input type="checkbox"/> ກໍລະນີປິ່ນປົວຢູ່ໂຮງໝໍ</p> <p>ສາຍເຫດທີ່ພົວພັນກັບຄອບຄົວ ຫລື ກ່ຽວຂ້ອງກັບຊຸມຊົນ:</p> <p><input type="checkbox"/> ເປັນກຸ່ມ (ກໍລະນີ ຫປພສ ມີສອງ ຫລື ຫລາຍກວ່າ ແລະ ມີການພົວພັນໃນເວລາ ນັ້ນ, ສະຖານທີ່ນັ້ນ ຫລື ເກີດກັບວັກຊີນຊະນິດດຽວກັນ)</p> <p>ເປັນໄປໄດ້ອາດຜິດພາດທາງດ້ານເຕັກນິກ</p>
<p>ການປະເມີນການເຈັບເປັນຖ້າຕ້ອງການສອບສວນ</p> <p><input type="checkbox"/> ປະຕິກິລິຍາຢາວັກຊີນ <input type="checkbox"/> ຜິດພາດທາງດ້ານເຕັກນິກ</p> <p><input type="checkbox"/> ປະຕິກິລິຍາຂອງການສັກ <input type="checkbox"/> ອາການຮ່ວມຈາກສາເຫດອື່ນ</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້ສາເຫດ</p>	<p>ຄວາມເປັນໄປໄດ້ຈາກການສອບສວນ:</p> <p><input type="checkbox"/> ເປັນໄປໄດ້ <input type="checkbox"/> ອາດເປັນໄປໄດ້</p> <p><input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້ສາເຫດ</p>

ພາກທີສາມ ຕ້ອງຕື່ມຂໍ້ມູນໃຫ້ຄົບຖ້ວນໂດຍສະເພາະຜູ້ທີ່ຮັບຜິດຊອບ ຫປພສ ຂັ້ນແຂວງ

ບ່ອນໃດຕ້ອງແນະນຳໃຫ້ມີການສອບສວນກໍລະນີທັນທີທັນໃດ, ຫລື ໃນ 48 ຊົ່ວໂມງຂອງການລາຍງານໃນວັນທີຂອງພາກທີຫນຶ່ງ

ວັນ.ເດືອນ.ປີ ທີ່ແຂວງໄດ້ຮັບການລາຍງານ: ____/____/____	
ຕ້ອງການການສອບສວນ <input type="checkbox"/> ຕ້ອງການ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຕ້ອງການ ຖ້າຕ້ອງການການສອບສວນວັນທີເລີ່ມຕົ້ນ: / / ຊື່ຜູ້ເຮັດການສອບສວນ: ເລກລະຫັດຂອງການສອບສວນ ຫປພສ ID:..... <i>ກະລຸນາຕິດຄັດເອກກະສານທີ່ຕື່ມຂໍ້ມູນ ຫປພສ ຄົບຖ້ວນໃສ່ບົດລາຍງານນີ້</i>	ຄວາມຕ້ອງການປະເມີນຜົນຂອງການເຈັບເປັນເພີ່ມເຕີມ: <input type="checkbox"/> ປະຕິກິລິຍາຂອງວັກຊີນ <input type="checkbox"/> ຜິດພາດທາງດ້ານເຕັກນິກ <input type="checkbox"/> ປະຕິກິລິຍາຂອງການສັກ <input type="checkbox"/> ອາການຮ່ວມ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້ສາຍເຫດ
ຕ້ອງການໃຫ້ມີການປະເມີນ ແລະ ສອບສວນ: <input type="checkbox"/> ແນ່ນອນ <input type="checkbox"/> ເປັນໄປໄດ້ <input type="checkbox"/> ອາດຈະເປັນໄປໄດ້ <input type="checkbox"/> ອາດຈະເປັນໄປບໍ່ໄດ້ <input type="checkbox"/> ອາດຈະບໍ່ກ່ຽວພັນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ສາມາດໄຈ້ແຍກ	

ແບບຟອມສອບສວນ ຫປພສ

<p>ຊື່ ແລະ ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ເຮັດການລາຍງານ:</p>	<p>ວັນ.ເດືອນ.ປີ ລາຍງານ ____ / ____ / ____</p>
<p>ຊື່ ແລະ ນາມສະກຸນຂອງຄົນເຈັບ:.....</p>	<p>ເລກລະຫັດ ຫປພສ ID:.....</p> <p>ເລກລະຫັດ ຜູ້ເຮັດລາຍງານ ID:.....</p>
<p>ສະຫລຸບລາຍງານເຫດການຂອງການສອບສວນ:</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>ລາຍລະອຽດຂອງຄົນເຈັບ (ຂໍ້ມູນພື້ນຖານ, ປະຫວັດຜ່ານມາ, ການເຈັບເປັນປະຈຸບັນ, ປະຫວັດສັກຢາກັນພະຍາດ, ປະຫວັດຂອງການເກີດ (ກ່ອນກຳນົດ ຫລື ຄົບກຳນົດ):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>ລາຍລະອຽດວັກຊີນ (ເລກກຸ່ມຜະລິດ, ວັນ.ເດືອນ.ປີ ໜີດອາຍຸ, ໂຮງງານຜະລິດ, ຈຳນວນໂດສທີ່ສັກ, ໂດສປະລິມໃນກ້ອງນັ້ນ, ຜູ້ອື່ນໆທີ່ໄດ້ຮັບວັກຊີນໃນກຸ່ມເລກຜະລິດດຽວກັນ ແລະ ກ້ອງດຽວກັນ):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>ຂໍ້ມູນເບື້ອງຫລັງ (ອາການອື່ນທີ່ໄກ້ຄຽງ, ອັດຕາຄາດຫວັງ, ອັດຕາສ່ວນຈິງ, ຜົນໄດ້ຮັບໃນການຄົ້ນຫາ):</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	
<p>ການສັງເກດການຂອງໂຄງການ (ຜົນຮັບຂອງການກວດກາບັນຊີວັກຊີນ, ເກັບຮັກສາ, ການຈັດລຽງ, ການບໍລິຫານວັກຊີນ ແລະ ຢາອື່ນໆ</p> <p>.....</p> <p>.....</p> <p>.....</p>	

ຜົນຂອງການວິເຄາະຈາກຫ້ອງວິເຄາະ ແລະ ການວິໄຈສັ້ນສ່ວນ (ຖ້າມີ):

ການສະທ້ອນຕອບ Corrective action taken:

ການປະເມີນສາຍເຫດ (ກະລຸນາຂີດວົງມົນອ້ອມ please circle all that apply):

ປະຕິກິລິຍາຈາກວັກຊີນ : 1) ວັກຊີນເລກກຸ່ມຜະລິດນີ້ມີບັນຫາ 2) ບໍ່ຮູ້ສາເຫດມາຈາກໃສ 3)ອື່ນໆໃຫ້ບອກແຈ້ງ:

ຄວາມຜິດພາດທາງດ້ານເຕັກນິກ: 1) ອະເຊື້ອໃນເວລາສັກບໍ່ດີ 2) ການກະກຽມວັກຊີນບໍ່ຖືກຕ້ອງຕາມຂໍ້ແນະນຳ/ປະສົມນ້ຳລະລາຍບໍ່ຖືກຕ້ອງ 3) ການສັກບໍ່ຖືກເຕັກນິກ/ສັກຜິດບ່ອນ

4) ການຂົນສົ່ງວັກຊີນ/ການເກັບຮັກສາບໍ່ໄດ້ມາດຕະຖານ 5) ອື່ນໆໃຫ້ບອກແຈ້ງ:

ການສັກວັກຊີນ 1) ເຈັບບ່ອນສັກ 2) ການຊັກຢ່າງຮຸນແຮງ 3) ເປັນອິສເຕີເຣັຍ 4) ອື່ນໆໃຫ້ບອກແຈ້ງ:

ອາການຮ່ວມ 1) ອາການຄ້າຍຄືແຕ່ບໍ່ກ່ຽວກັບການສັກວັກຊີນ 2) ອື່ນໆໃຫ້ບອກແຈ້ງ:

ບໍ່ຮູ້ສາເຫດ:

ການປະເມີນຜົນ: ຄວາມເປັນໄປໄດ້ ເປັນໄປບໍ່ໄດ້ ບໍ່ສາມາດຈຳແນກ

ຕ້ອງການອະທິບາຍເພີ່ມເຕີມ: ຕ້ອງການທົບທວນຕື່ມຈາກຄະນະກາມະການປະເມີນຜົນ ອື່ນໆໃຫ້ບອກແຈ້ງ:

ຂໍ້ແນະນຳອື່ນ(ໃຫ້ອະທິບາຍແຈ້ງ):

ກະລຸນາສະຫລຸບສັງລວມ ແລະ ຕື່ມຂໍ້ມູນໃສ່ໃນແຕ່ລະຂັ້ນຕອນຂ້າງເທິງນັ້ນໃຫ້ຄົບຖ້ວນຂອງແບບຟອມ ຫປພສ ນີ້ ແລະ ກະລຸນາສົ່ງໃຫ້ຜູ້ຮັບຜິດຊອບ ຫປພສ ສູນກາງດ້ວຍ
ດຣ ທິບສະຫວັນ ຫລີ ທ່ານໝໍ ນ.ພູເພັດ