

កម្មវិធីអប់រំនិងបង្ការរោគសញ្ញានៃការស្លាប់ទារកភ្លាមៗនៅរដ្ឋផេនស៊ីលវ៉ានេ
(Pennsylvania Sudden Infant Death Syndrome Education and Prevention Program)
របាយការណ៍ទទួលស្គាល់ដោយស្ម័គ្រចិត្ត (Voluntary Acknowledgment Statement)

មន្ទីរពេទ្យ/មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាលកូន/ការណែនាំពីគ្រូពេទ្យ៖ បំពេញសំណុំបែបបទចំនួនពីរសម្រាប់គ្រួសារនីមួយៗ មុនពេលចេញពីមន្ទីរពេទ្យ ឬក្រោយពេលសម្រាលកូនទើបនឹងកើត សម្រាប់គ្រួសារដែលសម្រាលកូននៅខាងក្រៅមន្ទីរពេទ្យ ឬមជ្ឈមណ្ឌលសម្រាលកូន។ ផ្តល់ជូន ឪពុកម្តាយនូវព័ត៌មានអំពីរោគសញ្ញានៃការស្លាប់ទារកភ្លាមៗ និងវិធានការបង្ការ។ ស្នើសុំឱ្យមាតាបិតាស្ម័គ្រចិត្តចុះហត្ថលេខាលើសំណុំបែបបទនេះ ដោយបង្ហាញថាពួកគេបានទទួល អាន និងយល់ដឹងព័ត៌មានអំពីរោគសញ្ញាស្លាប់ទារកភ្លាមៗ និងវិធានការបង្ការ។ ផ្តល់ឱ្យឪពុកម្តាយនូវឯកសារ ថតចម្លងមួយច្បាប់នៃសំណុំបែបបទដែលបានចុះហត្ថលេខា និងរក្សាទុកឯកសារថតចម្លងមួយច្បាប់នៅក្នុងកំណត់ហេតុវេជ្ជសាស្ត្រ។

ដើម្បីបំពេញដោយមន្ទីរពេទ្យ/មជ្ឈមណ្ឌលសម្រាលកូន/អ្នកជំនាញថែទាំសុខភាព៖

ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ៖ _____

(ឈ្មោះផ្លូវការរបស់ទារក៖ _____

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____ ភេទ៖ ប្រុស ស្រី

ឪពុកម្តាយបានផ្តល់ព័ត៌មានរោគសញ្ញាស្លាប់ទារកភ្លាមៗ រួមទាំងខិត្តប័ណ្ណ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

សម្គាល់៖

ត្រូវបំពេញដោយមាតាបិតា មាតាបិតាចុង មាតាបិតាកូនចិញ្ចឹម អ្នកមើលថែទាំស្របច្បាប់ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់៖
មាតាបិតា៖ ព័ត៌មានអំពីរោគសញ្ញាស្លាប់ទារកភ្លាមៗ និងការដេកដោយសុវត្ថិភាពរបស់ទារកដែលមន្ទីរពេទ្យបានបង្ហាញខ្ញុំ។
ខ្ញុំស្ម័គ្រចិត្តចុះហត្ថលេខាលើរបាយការណ៍នេះ ដោយទទួលស្គាល់ថាខ្ញុំបានទទួល អាន និងយល់ដឹងព័ត៌មាន SIDS ដែលបានផ្តល់ជូន។

ហត្ថលេខា ម្តាយ៖ _____ បានបដិសេធ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ហត្ថលេខា ឪពុក៖ _____ បានបដិសេធ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____

ហត្ថលេខា អ្នកផ្សេងទៀត៖ _____ បាន បដិសេធ កាលបរិច្ឆេទ៖ _____
(មាតាបិតាចុង មាតាបិតាកូនចិញ្ចឹម អ្នកមើលថែទាំស្របច្បាប់ ឬអាណាព្យាបាលស្របច្បាប់)

សំណុំបែបបទនេះ នឹងព័ត៌មានភ្ជាប់មកជាមួយដែលបានផ្តល់ជូនដោយអនុលោមតាមច្បាប់ (Act 73 of 2010)។