

ថ្នាំព្យាបាល	កំរិតប្រើ	ពេលវេលា

ឈ្មោះ: \_\_\_\_\_

ប្រតិកម្មទាស់: \_\_\_\_\_

**ខ្ញុំមានរោគទឹកនោមផ្អែម ។ បើខ្ញុំធ្វើសកម្មភាពចម្លែក ឬបើខ្ញុំមិនអាចភ្នាក់ ជាតិស្ករក្នុងឈាមខ្ញុំប្រហែលអាចចុះទាបបាន:**

- បើខ្ញុំមិនអាចភ្នាក់បាន ឬបើមិនអាចលេបបាន កុំសាកល្បងផ្តល់អ្វីឱ្យខ្ញុំសំរាប់ទទួលបានតាមមាត់ឱ្យសោះ ។ សូមទាក់ទង: **ខាងជំនួយពេទ្យបន្ទាន់អាសន្នភ្លាម (911) ។**
- បើខ្ញុំអាចលេបអ្វីបាន សូមឱ្យទឹកដមត្រចះពោធិសាត់ខ្ញុំប្រហែល ៤ទៅ ៦ អោយទឹកដឹកមានជាតិផ្អែម ឬរបស់ដែលមានជាតិស្ករ ។ បើខ្ញុំមិនបានត្រាន់បើក្នុងរវាងពី ១០ ទៅ ១៥ នាទី សូមទាក់ទង: **ខាងជំនួយពេទ្យបន្ទាន់អាសន្នភ្លាម (911) ។**

វេជ្ជបណ្ឌិត: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទ: ( ) \_\_\_\_\_

អ្នកអប់រំខាងគិលានុភិក្ខុ: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទ: ( ) \_\_\_\_\_

អ្នកជំនាញផ្នែកគម្រោងអាហារ: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទ: ( ) \_\_\_\_\_

វិសេស្ថានទឹក: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទ: ( ) \_\_\_\_\_

ពេទ្យភ្នែក: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទ: ( ) \_\_\_\_\_

ពេទ្យប្រអប់ជើង: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទ: ( ) \_\_\_\_\_

ពេទ្យធ្មេញ: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទ: ( ) \_\_\_\_\_

អ្នកត្រូវទាក់ទងពេល  
បន្ទាន់អាសន្ន: \_\_\_\_\_ ទូរស័ព្ទ: ( ) \_\_\_\_\_

**ជួយអ្នកដទៃទៀតឱ្យគេជួយអ្នកដោយការពាក់អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណពេទ្យ ។**  
**ដើម្បីចង់បានព័ត៌មានបន្ថែម សូមទូរស័ព្ទមក MedicAlert@1-800-763-3429**

Khmer

# ប័ណ្ណព្យាបាលជំងឺទឹកនោមផ្អែម

**កម្មវិធី ត្រួតពិនិត្យ**

ធ្វើការជាមួយគ្នាដើម្បី  
ត្រួតពិនិត្យ និងការពារ

ក្រសួងសាធារណៈសុខាភិបាល រដ្ឋម៉ាសាឈូសេត



**ជំងឺទឹកនោមផ្អែម**

យកភាគនេះទៅជាមួយអ្នកគ្រប់ពេលអញ្ជើញទៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកអប់រំ  
 ពីជំងឺទឹកនោមផ្អែម ។ ពិភាក្សាបញ្ហានេះពេលអ្នកជួបគេ ហើយប្រើតារាងខាងក្រោម  
 ដើម្បីកត់ត្រាលទ្ធផលរបស់អ្នក ដើម្បីឱ្យអ្នកអាចត្រួតត្រាលើជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់អ្នកបាន ។

គេស៍/សេវា (ភាពញឹកញាប់)	ចំណុចតម្រូវ គោលដៅខ្ញុំ	ខែ/សប្តាហ៍	ខែ/សប្តាហ៍	ខែ/សប្តាហ៍	ខែ/សប្តាហ៍
HbA1c (រាល់ ៣-៦ខែ)	< 7 %				
គិតិស្ទូម៉ែលកំណត់ ជាតិស្ករក្នុងឈាម (រាល់ពេលទៅ)					
សម្ពាធឈាម ជាតិស្ករក្នុងឈាម (រាល់ពេលទៅ)	< 130/80 mmHg				
ថ្លឹងទម្ងន់ (រាល់ពេលទៅ)					
គិតិស្ទូប្រអប់ធេង (រាល់ពេលទៅ)					
បង្កើតទម្រង់នៃតាលីកា (ប្រចាំឆ្នាំ*) LDL	< 100 mg/dl				
HDL	> 40 mg/dl				
Triglycerides	< 150 mg/dl				
ជាតិខ្យល់ស្រួល សរុប	< 200 mg/dl				
អតិសុខុមអាណូសេតរោគ (រាល់ឆ្នាំ)					
គិតិស្ទូការពង្រីកកែវភ្នែក (រាល់ឆ្នាំ)					
គិតិស្ទូឆ្មេញ (រាល់៦ខែ)					
ចាក់ថ្នាំផ្តាសាយធំ (រាល់ឆ្នាំ)					
ចាក់វ៉ាក់សាំងការ ពាររោគរលាកសួត (ជាទូទៅម្តង)					
ការហ្វឹកហ្វឺនខ្លួនឯង (ផ្តើមដំបូង/បន្តបន្ទាប់)					

\* រៀងរាល់ ២ ឆ្នាំបើលទ្ធផលធ្លាក់ក្រោមកំរិតគ្រោះថ្នាក់ទាប

**គន្លឹះសំគាល់និមិត្តរូប**  
 < តិចជាង  
 > ធំជាង