

☐ គោលការណ៍ជាមូលដ្ឋាន នៅពេលបញ្ចូលព័ត៌មាន និងទិន្នន័យស្ទង់មតិអំពីការឆ្លងរាតត្បាត

- សម្រាប់អ្នកឆ្លងជំងឺកូវីដ១៩ ជាជនបរទេសដែលពិបាកទំនាក់ទំនងជាភាសាកូរ៉េ
- ដំណាក់កាលដំបូងសាមីខ្លួនត្រូវបំពេញជាចាំបាច់នៃ“ការស្ទង់មតិឆ្លងរាតត្បាតមូលដ្ឋាន និងស៊ីជម្រៅ” ។
 - ប្រយោគដែលត្រូវការបំពេញ(សរុបចំនួន២១ ប្រយោគ៖ រៀបរាប់)ជាចាំបាច់
- អ្នកទទួលបន្ទុកមណ្ឌលសុខភាព បញ្ជាក់•ពិនិត្យ•បន្ថែម ដោយមានជំនួយពីអ្នកបកប្រែ

☐ ការប្រុងប្រយ័ត្ននៅពេលបំពេញប្រយោគចាំបាច់ នៅតារាងស្ទង់មតិអំពីការឆ្លងរាតត្បាតមូលដ្ឋាន/ស៊ីជម្រៅ

1. ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន

- 1.2 ករណីអ្នកមិនមានលេខចុះឈ្មោះជនបរទេស៖ សូមសរសេរ“ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត” នៅក្នុងប្រអប់ខាងមុខ និងសរសេរ '5000000' នៅក្នុងប្រអប់ខាងក្រោយ

*** (ការកិច្ចរបស់អ្នកទទួលបន្ទុកមណ្ឌលសុខភាព) ត្រូវបំពេញខ្ទង់ទីមួយនៅខាងក្រោយ គឺជាលេខ5(ភេទប្រុសជនជាតិបរទេស កើតនៅខ្ទង់ឆ្នាំ1900), លេខ6(ភេទស្រីជនជាតិបរទេស កើតនៅខ្ទង់ឆ្នាំ1900), លេខ7(ភេទប្រុស កើតនៅខ្ទង់ឆ្នាំ2000), លេខ8(ភេទស្រី កើតនៅខ្ទង់ឆ្នាំ2000)។**

- 1.5 អាសយដ្ឋាន៖ អាសយដ្ឋានទីលំនៅបច្ចុប្បន្ន
- 1.7 មុខរបរ៖ បំពេញឈ្មោះក្រុមហ៊ុន ឬឈ្មោះសាលា, អាសយដ្ឋាន, លេខទំនាក់ទំនង

2. រោគសញ្ញា និង ជំងឺមូលដ្ឋាន

- 2.1 មានឬគ្មានរោគសញ្ញា, 2.2 ថ្ងៃចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញា, 2.3 ពិនិត្យមើលការបញ្ចប់រោគសញ្ញាដំបូងឱ្យប្រាកដ

3. ប៉ាន់ស្មានដំណើរការនៃការឆ្លង

- 3.2 ជួបទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកឆ្លងជំងឺកូវីដ១៩: ត្រូវកត់ត្រាទំនាក់ទំនង, ឈ្មោះរបស់អ្នកឆ្លងជំងឺកូវីដ១៩ ដែលបានជួបចាប់ពី 14ថ្ងៃមុនពេល ចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញាដំបូង រហូតមកដល់បច្ចុប្បន្ន
- 3.4 ផ្សេងទៀត : ការបំពេញព័ត៌មានផ្សេងៗ ទាក់ទងនឹងប៉ាន់ស្មានដំណើរការនៃការឆ្លង

4. ប្រវត្តិនៃការប្រើប្រាស់កន្លែងជាក្រុម

- ការកត់ត្រាឈ្មោះកន្លែងជាក្រុម ដែលសាមីខ្លួនបានស្នាក់នៅ ចាប់ពី ១៤ថ្ងៃមុន ដល់បច្ចុប្បន្ននៃកាលបរិច្ឆេទដែលចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញាដំបូង

5. អ្នកជួបទំនាក់ទំនងជាមួយគ្រួសារ និងកន្លែងជាក្រុម

- ដើម្បីកំណត់អត្តសញ្ញាណ អ្នកជួបទំនាក់ទំនងដែលបានកើតឡើងនៅផ្ទះ, កន្លែងជាក្រុម, ស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ ចាប់ពី 2ថ្ងៃមុន ដល់បច្ចុប្បន្ននៃកាលបរិច្ឆេទដែលបានចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញាដំបូង
- បំពេញពីទីតាំង និងទំហំនៃជួបទំនាក់ទំនងរាល់ទីតាំងនីមួយៗ

ឯកសារ
ភ្ជាប់២

តារាងស្ទង់មតិអំពីការឆ្លងរាតត្បាតមូលដ្ឋានជំងឺកូវីដ១៩
[សម្រាប់អ្នកឆ្លងជំងឺបរទេស]

※ ទីតាំងចុះឈ្មោះ៖ ប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងព័ត៌មានកូវីដ១៩ (covid19.kdca.go.kr) - ការស្ទង់មតិអំពីការឆ្លងរាតត្បាត - តារាងស្ទង់មតិអំពីការឆ្លងរាតត្បាតមូលដ្ឋាន(អ្នកឆ្លងជំងឺកូវីដ១៩)

អ្នក ស្ទង់ មតិ	យុត្តាធិការក្រុងខេត្ត	លេខ ទំនាក់ ទំនង	(ការវិវាយលំយៈ (ទូរស័ព្ទដៃ):	ស្ថាប័នរាយការណ៍ (ឈ្មោះមណ្ឌលសុខភាព, ឈ្មោះស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ)	
	មណ្ឌលសុខភាព				
	ឈ្មោះអ្នក ស្ទង់មតិ	ថ្ងៃ ស្ទង់មតិ	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ		

លេខ អ្នកឆ្លង	(※ផ្តល់ដោយការវិវាយលំយៈ គ្រប់គ្រងជំងឺ)	ស្ថាប័នពិនិត្យ	ទីតាំង និងប្រភេទ នៃការធ្វើចត្តាឡីស័ក	<input type="checkbox"/> ផ្ទះខ្លួនឯង, <input type="checkbox"/> ស្ថាប័ន, <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យ (ឈ្មោះទីតាំង:)
ថ្ងៃចេញលទ្ធ ផលថាឆ្លង	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	ថ្ងៃពិនិត្យ	ថ្ងៃចាប់ផ្តើម ធ្វើចត្តាឡីស័ក	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ

1. ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួន (គូស ☒ ឬ បំពេញនៅក្នុងប្រយោគព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធ)

1.1 ឈ្មោះ:		1.2 លេខចុះឈ្មោះ: ជនបរទេស	ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	លេខពិសេស	1.3 ភេទ	<input type="radio"/> ប្រុស <input type="radio"/> ស្រី
1.4 សញ្ជាតិ	<input type="radio"/> សាធារណៈរដ្ឋកូរ៉េ <input type="radio"/> បរទេស ()	1.5 អាសយដ្ឋាន ទីលំនៅ				
1.6 លេខ ទំនាក់ទំនង	អ្នកជំងឺ អាណា ព្យាបាល	1.7 មុខរបរ ឈ្មោះ ក្រុមហ៊ុនឬឈ្មោះ សាលា។ល។	<input type="radio"/> មាន(ឈ្មោះទីកន្លែង : / អាសយដ្ឋាន : លេខទំនាក់ទំនង: () <input type="radio"/> គ្មាន			
1.8 បុគ្គលិកស្ថាប័ន វេជ្ជសាស្ត្រ	<input type="radio"/> មានពាក់ព័ន្ធ (<input type="checkbox"/> គ្រូពេទ្យ <input type="checkbox"/> គិលានុបដ្ឋាយិកា <input type="checkbox"/> ផ្សេង(អ្នកជំនាញផ្នែកវិទ្យាសាស្ត្រ, ជំនួយការគិលានុបដ្ឋាយិកា, អ្នកឯកទេសខាងរោគសាស្ត្រ, ភ្នាក់ងារដឹកជញ្ជូន(ផ្ទេរ), ក្រៅពីនេះ:) <input type="radio"/> គ្មានពាក់ព័ន្ធ					
1.9 តើអ្នកជាជនពិការ ដែលបានចុះឈ្មោះឬទេ	<input type="radio"/> មែន <input type="radio"/> មិនមែន	1.10 ប្រភេទ ពិការភាព	<input type="checkbox"/> ពិការរាងកាយ <input type="checkbox"/> ពិការផ្លូវចិត្ត ។ល។	1.11 កម្រិតពិការភាព	<input type="checkbox"/> កម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ <input type="checkbox"/> កម្រិតស្រាល	

2. រោគសញ្ញា និងជំងឺមូលដ្ឋាន(គូស ☒ ឬសរសេរ នៅក្នុងប្រយោគព័ត៌មានដែលពាក់ព័ន្ធ)

2.1 មានឬគ្មាន រោគសញ្ញា (១ថ្ងៃមុនពេលឆ្លងដល់បច្ចុប្បន្ន)	<input type="radio"/> មាន(បំពេញ2.2, 2.3) <input type="radio"/> គ្មាន	2.2 ថ្ងៃចាប់ផ្តើម មានរោគសញ្ញា	ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	
2.3 រោគ សញ្ញា ជំងឺ	<input type="checkbox"/> គ្រុនក្តៅ(រួមទាំងការឆ្អើយតប) <input type="radio"/> មាន (____. °C) <input type="radio"/> គ្មាន	<input type="checkbox"/> រោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម <input type="radio"/> មាន <input type="checkbox"/> ក្អក <input type="radio"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> ស្លេស <input type="checkbox"/> ឈឺបំពង់ក <input type="checkbox"/> ពិបាកដកដង្ហើម	<input type="checkbox"/> ក្រៅពីរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម <input type="radio"/> មាន <input type="checkbox"/> ឈឺសាច់ដុំ <input type="radio"/> ឈឺក្បាល <input type="radio"/> គ្រុនញាក់ <input type="checkbox"/> បាត់បង់រសជាតិ <input type="checkbox"/> បាត់បង់ក្លិន <input type="checkbox"/> ផ្សេង()	<input type="checkbox"/> ជំងឺរលាកសួត <input type="radio"/> មាន <input type="checkbox"/> ថតដើមទ្រូង មានបញ្ជាក់ឬ (CT/X-ray) <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន
	2.4 រោគសញ្ញា និងជំងឺមូលដ្ឋាន	<input type="radio"/> មាន(ជំងឺមូលដ្ឋាន:) <input type="radio"/> គ្មាន		2.5 តើមានផ្ទៃពោះឬទេ
2.6 ស្ថានភាពព្យាបាល (ពេលដែលឆ្លង)	<input type="checkbox"/> ព្យាបាលទូទៅ <input type="checkbox"/> ព្យាបាលដោយអុកស៊ីសែន(រន្ធប្រមុះ អុកស៊ីសែន,ម៉ាស) <input type="checkbox"/> ដង្ហើមសិប្បនិម្មិត <input type="checkbox"/> ECOMO <input type="checkbox"/> ស្លាប់ <input type="checkbox"/> កំពុងស្ទង់មតិ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ()		2.7 ជាក់ប្រាកដឬអត់	<input type="radio"/> កំពុងជាក់ប្រាកដ <input type="radio"/> ពីមុនធ្លាក់ជាក់ប្រាកដ <input type="radio"/> អត់ជាក់ប្រាកដ

2.8 តម្លៃ៖ ០ នៃលទ្ធផលតេស្តវិនិច្ឆ័យភាគមន្ទីរពិសោធន៍		ស្ថាប័នពិសោធន៍		RdRp gene		E gene		N gene	
2.9 ហេតុផលពិនិត្យ		០ វិនិច្ឆ័យដោយខ្លួនឯង ០ យោបល់និងការណែនាំរបស់គ្រូពេទ្យ ០ ដំណើរទស្សនកិច្ចនៅបរទេស ០ ជាប់ពាក់ព័ន្ធនឹងការឆ្លងរោគរាតត្បាតដែលកើតឡើងជាក្រុមសមាជិកគ្រួសារ ០ អ្នកស្គាល់គ្នា ជាអ្នកឆ្លងជំងឺកូវីដ							
2.10 ការចាក់វ៉ាក់សាំងកូវីដ១៩	<input type="checkbox"/> ចាក់ថ្នាំបង្ការ	០ មាន ០ គ្មាន		<input type="checkbox"/> ប្រភេទ	ទី1	<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Jansen <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ		<input type="checkbox"/> ថ្ងៃចាក់ថ្នាំ	ថ្ងៃទី_____ខែ_____ឆ្នាំ_____
	<input type="checkbox"/> ទីតាំងចាក់ថ្នាំបង្ការ	០ ក្នុងប្រទេស(ឈ្មោះទីតាំង: _____) ០ ក្រៅប្រទេស(ឈ្មោះប្រទេស: _____)		វ៉ាក់សាំង	ទី2	<input type="checkbox"/> Pfizer <input type="checkbox"/> Moderna <input type="checkbox"/> AstraZeneca <input type="checkbox"/> Jansen <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ			ថ្ងៃទី_____ខែ_____ឆ្នាំ_____
3. ប៉ាន់ស្មានដំណើរការនៃការឆ្លង(គូស <input checked="" type="checkbox"/> ឬបំពេញ ចាប់ពី14ថ្ងៃមុនពេលរោគសញ្ញាដំបូង ចាប់ផ្តើម រហូតដល់បច្ចុប្បន្ន)									
3.1 ដំណើរទស្សនកិច្ចនៅបរទេស(ប្រទេសណាមួយ)		០ មាន (ឈ្មោះប្រទេស: _____, ថ្ងៃចូល: ថ្ងៃទី_____ខែ_____ឆ្នាំ_____)							០ គ្មាន
3.2 ជួបទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកឆ្លងជំងឺកូវីដ		០ មាន (<input type="checkbox"/> គ្រួសារ(អ្នកនៅជាមួយ) អ្នកឆ្លង, ឈ្មោះ: _____ លេខអ្នកឆ្លង: _____) ទំនាក់ទំនង: _____ <input type="checkbox"/> គ្រួសារ(អ្នកនៅមួយ) ក្រៅពីឆ្លង, ឈ្មោះ: _____ លេខអ្នកឆ្លង: _____) ទំនាក់ទំនង: _____ ០ ថ្ងៃដែលជួបទំនាក់ទំនងចុងក្រោយ: ថ្ងៃទី_____ខែ_____ឆ្នាំ_____							០ គ្មាន
3.3 ពាក់ព័ន្ធនឹងការឆ្លងជាក្រុម		០ មាន (<input type="checkbox"/> គ្រួសារ(អ្នកនៅមួយ) <input type="checkbox"/> ស្ថាប័ន _____ <input type="checkbox"/> ទាក់ទងសាសនា _____ <input type="checkbox"/> កន្លែងថែទាំ និង ផ្លូវចិត្ត _____ <input type="checkbox"/> សាលា _____ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ _____)							០ គ្មាន
3.4 ផ្សេងៗ									
3.5 អ្នកដែលឆ្លងមុន ※ ពិនិត្យទីក្រុង/តំបន់(បំពេញតាមលំដាប់)		1. លេខអ្នកឆ្លង: _____ ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____ កន្លែងប៉ះពាល់: _____ ថ្ងៃប៉ះពាល់ដំបូង: _____ ថ្ងៃប៉ះពាល់ចុងក្រោយ: _____ 2. លេខអ្នកឆ្លង: _____ ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____ កន្លែងប៉ះពាល់: _____ ថ្ងៃប៉ះពាល់ដំបូង: _____ ថ្ងៃប៉ះពាល់ចុងក្រោយ: _____ 3. លេខអ្នកឆ្លង: _____ ឈ្មោះ: _____ ទំនាក់ទំនង: _____ កន្លែងប៉ះពាល់: _____ ថ្ងៃប៉ះពាល់ដំបូង: _____ ថ្ងៃប៉ះពាល់ចុងក្រោយ: _____							
4. ប្រវត្តិប្រើកន្លែង(ស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ, មណ្ឌល។ល។)ប្រើប្រាស់(គូស <input checked="" type="checkbox"/> ឬបំពេញ ចាប់ពី14ថ្ងៃមុនពេលរោគសញ្ញាដំបូង រហូតដល់បច្ចុប្បន្ន)									
		០ មាន(ឈ្មោះស្ថាប័ន, មណ្ឌល _____, <input type="checkbox"/> កំពុងចូល(សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យ) (ថ្ងៃចូល: ថ្ងៃទី _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____) <input type="checkbox"/> ចេញពី(មន្ទីរពេទ្យ) (ថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ: ថ្ងៃទី _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____)							០ គ្មាន
5. អ្នកជួបទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ជាមួយគ្រួសារ(អ្នកនៅជាមួយ) និងកន្លែងជាក្រុម(គូស <input checked="" type="checkbox"/> ឬបំពេញ ចាប់ពី2ថ្ងៃមុនពេលរោគសញ្ញាដំបូងចាប់ផ្តើមរហូតដល់បច្ចុប្បន្ន អ្នកដែលបានជួបទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ជាមួយគ្រួសារ(អ្នកនៅជាមួយ) និងកន្លែងជាក្រុម)									
5.1 អ្នកជួបទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ជាមួយគ្រួសារ(អ្នកនៅជាមួយ)		០ មាន (ចំនួនមនុស្ស: _____ នាក់)							០ គ្មាន
5.2 អ្នកជួបទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ជាមួយកន្លែងក្រុម(កន្លែងសាសនា, ពេទ្យថែទាំ, ចិត្តសាស្ត្រ, សាលា, សាលាបង្រៀនគួរ។ល។)		០ មាន (ឈ្មោះកន្លែង: _____, ចំនួនមនុស្ស: _____ នាក់)							០ គ្មាន
5.3 អ្នកជួបទំនាក់ទំនងផ្ទាល់នឹងស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ		០ មាន (ឈ្មោះស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ: _____, ចំនួនមនុស្ស: _____ នាក់)							០ គ្មាន
6. លទ្ធផលនៃការបែងចែកករណី ※ ការបញ្ជាក់ពីខេត្ត/តំបន់									
6. បែងចែកចម្បង		០ ហូរចូលពីបរទេស ០ ពាក់ព័ន្ធពីការហូរចូលពីបរទេស ០ ពេទ្យថែទាំ ០ ជាក្រុមផ្សេងទៀត ០ ជួបទំនាក់ទំនងផ្ទាល់ជាមួយអ្នកឆ្លង ០ មិនបែងចែក							
6.2 បែងចែកកណ្តាល									
6.3 ព័ត៌មានយោង									

២០២០.០០.០០.(ថ្ងៃនៃសប្តាហ៍).ម៉ោង០០

អ្នកឆ្លងជំងឺ#	ឈ្មោះ	លេខចុះឈ្មោះជនបរទេស (លេខលិខិតឆ្លងដែន)
---------------	-------	--------------------------------------

អាសយដ្ឋានពិតប្រាកដ :

<ព័ត៌មានអ្នករស់នៅជាមួយ>

ទំនាក់ទំនង	ឈ្មោះ	លេខទំនាក់ទំនង	ការងារ

<ព័ត៌មានការងារ>

ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន	ប្រភេទការងារ	អាសយដ្ឋាន	លេខទំនាក់ទំនង

<ព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនផ្សេងទៀត>

- កាតព្វកិច្ច(ស៊ីនឃ្លាំង) :លេខកាត /ក្រុមហ៊ុនកាត / ឈ្មោះម្ចាស់កាត
- ទូរស័ព្ទ :ក្រុមហ៊ុនទូរស័ព្ទ / ឈ្មោះម្ចាស់ទូរស័ព្ទ

<ប៉ាន់ស្មានដំណើរការនៃការឆ្លង>

<ទិសដៅនៃចលនា>

កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃនៃសប្តាហ៍)		ទីតាំង (ឈ្មោះតំបន់,អាគារ)		មធ្យោបាយធ្វើ តាមនាគមន៍ (ដើរ, ឡានផ្ទាល់ ខ្លួន, កង់)	ស្ថានភាព (ពិពណ៌នាដោយផ្ដោតលើ អ្នកណាដែលធ្វើ ដែលអ្នកបានធ្វើនៅកន្លែងជាក់លាក់)	សកម្មភាពប្លែកៗរបស់ អ្នកប៉ះពាល់ (ឈ្មោះ,ទំនាក់ទំនង, លេខទំនាក់ទំនង)
ថ្ងៃទី១៥ សីហា (ថ្ងៃសៅរ៍)						