ໂຮງຮຽນວຽງຈັນພັດທະນາ
ຖະໜົນສຸພານຸວົງ, ບ້ານຂຸນຕາທົ່ງ
ເມືອງສີໂຄດຕະບອງ, ນະຄອນຫຼວງວຽງຈັນ
ໂທ: 219497-8; ແຟັກ: 219497 2

ໃບແບບຟອມດ້ານການຢາຂອງນັກຮຽນ

(ກະລຸນາຕື່ມຂໍ້ມູນທຸກຢ່າງໃສ່ໃນແບບຟອມພາສາອັງກິດ, ສຳລັບພາສາລາວແມ່ນມາເພື່ອໃຫ້ທ່ານຜູ້ປົກຄອງເບິ່ງລາຍລະອຽດຕ່າງໆໃຫ້ເຂົ້າໃຈງ່າຍຂຶ້ນ)

ຊື່ນັກຮຽນ: _____, _____( ) **ນາມສະກຸນ** **ຊື່ເຕັມ** **ຊື່ຫຼິ້ນ**	**ເພດ:** **ວັນ, ເດືອນ, ປີເກີດ:**___/__/___ (dd/mm/yyyy)
ທີ່ຢູ່:	

ຜູ້ປົກຄອງ

ຊື່ແມ່:	**ເບີໂທຕິດຕໍ່**	**ວ້ອດແອັບ**	**ລາຍ**	**ພາສາປາກເວົ້າ:**
ຊື່ພໍ່:				

ເບີໂທສຸກເສີນ

ໃນກໍລະນີລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າບໍ່ສະບາຍ ຫຼື ບາດເຈັບ ແລະ ບໍ່ສາມາດຕິດຕໍ່ກັບຂ້າພະເຈົ້າໄດ້, ທາງໂຮງຮຽນສາມາດຕິດຕໍເບີທີ່ໃຫ້ໄວ້ລຸ່ມນີ້.

ຊື່	ເບີໂທຕິດຕໍ່:	ສາຍພົວພັນ
1.		
2.		

ຂະບວນການທາງການແພດ

ໃນກໍລະນີທີ່ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງໄດ້ຮັບການປິ່ນປົວໄວທີ່ສຸດ ແລະ ບໍ່ສາມາດຕິດຕໍ່ກັບຂ້າພະເຈົ້າໄດ້, ສະຖານທີ່ປິ່ນປົວທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຕ້ອງການແມ່ນ:
ໂຮງໝໍຫຼັກ_____ ໂຮງໝໍສຳຮອງ_____

ຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນຂັ້ນຕອນການປິ່ນປົວທີ່ຂ້າພະເຈົ້າຈະອະນຸຍາດໃຫ້ທ່ານເຮັດໃນກໍລະນີທີ່ບໍ່ສາມາດຕິດຕໍ່ກັບຂ້ພະເຈົ້າໄດ້ທຸກທາງທີ່ລະບຸໄວ້ຂ້າງເທິງແລ້ວ(ກະລຸນາຂີດອ້ອມເອົາ):

ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການຮັກສັກຢາກັນບາດທະຍັກໃນກໍລະນີທີ່ຖືກຂອງມີຄົມບາດ ຫຼື ບາດແຜເປີດ. **YES** **NO**

ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບການຫຍິບໃນກໍລະນີທີ່ຖືກຂອງມີຄົມບາດ ຫຼື ບາດແຜເປີດ. **YES** **NO**

ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕ້ອງໄດ້ຮັບຢາຊາໃນກໍລະນີສຸກເສີນທາງການແພດ **YES** **NO**

ລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າອາດຈະຕ້ອງໄດ້ໃສ່ເລືອດໃນກໍລະນີສຸກເສີນທາງການແພດ **YES** **NO**

ຖ້າ**YES**ກະລຸນາລະບຸກຸ່ມເລືອດຂອງລູກທ່ານ **A / B / AB / O**

ໃນກໍລະນີສຸກເສີນ ຂ້າພະເຈົ້າອະນຸຍາດໃຫ້ພະຍາບານ ຫຼື ຄູ ຜູ້ຮັບຜິດຊອບສາມາດຕັດສິນໃຈຕໍ່ການຮັກສາປິ່ນປົວໃດໆທີ່ຈຳເປັນລູກຂອງຂ້າພະເຈົ້າ ຕາມຄຳແນະນຳຂອງແພດ

_____ _____ /_____ /_____
ລາຍເຊັນ ວັນທີ

ກະລຸນາຂີດອ້ອມເອົາຂໍ້ທີ່ເໝາະສົມສຳລັບເງື່ອນໄຂທາງການແພດຂອງລູກທ່ານ.

YES **NO** ເປັນລົມລະຫວ່າງອອກກຳລັງກາຍ

YES **NO** ເປັນລົມບ້ຳໝູ ຫຼື ມີອາການຊັກ

ກ່ຽວກັບສາຍຕາ

YES **NO** ໃສ່ແວ່ນຕາ

YES **NO** ໃສ່ຄອນແທັກເລນ ລະດັບສາຍຕາ: _____

YES **NO** ມີປັນຫາທາງສາຍຕາ

YES **NO** ເປັນພູມແພ້

ຖ້າມີຕ້ອງໄດ້ໃຊ້ຢາພົ່ນແກ້ຫອບຫືດ ຫຼື ບໍ່? YES NO

YES **NO** ມີອາການຫາຍໃຈຕິດຂັດລະຫວ່າງອອກກຳລັງກາຍ ຫຼື ບໍ່

YES **NO** ມີອາການຊັກເມື່ອເປັນໄຂ້

ເງື່ອນໄຂທາງການແພດອື່ນໆ

ທາງໂຮງຮຽນຄວນຈະຮູ້ເຖິງເງື່ອນໄຂທາງດ້ານສຸຂະພາບອື່ນໆ ຂອງລູກທ່ານອີກບໍ່?

ຕໍ່ທາງດ້ານຫຼັງ

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບວັກຊີນປ້ອງກັນ

ກະລຸນາລະບຸວັນທີ່ລູກຂອງທ່ານໄດ້ຮັບວັກຊີນ ແລະ ໃສ່ເຄື່ອງໝາຍ (√) ຫຼື (×) ແຕ່ລະຄຳຖາມລຸ່ມນີ້. ຖ້າທ່ານບໍ່ມີໃບຂໍ້ມູນດັ່ງກ່າວກໍ່ຂໍໃຫ້ໄປ

ຊະນິດຂອງວັກຊີນ	ຄັ້ງທຳອິດວັນທີ/ເດືອນ/ປີ	ຄັ້ງທີ2 ວັນທີ/ເດືອນ/ປີ	ຄັ້ງທີ3 ວັນທີ/ເດືອນ/ປີ	ຄັ້ງທີ4 ວັນທີ/ເດືອນ/ປີ	ຄັ້ງທີ5 ວັນທີ/ເດືອນ/ປີ
ຄໍຕີບ ບາດທະຍັກ ໄອ ໄຫ					
ໂປລິໂອ					
ໄວຣັດຕັບອັກເສບ B					
ໜາກແດວ,ໜາກເປີດ,ໄຂ້ຣັດເຢຍລະມັນ					
ໜາກສຸກໜາກໃສ(ສະເພາະຜູ້ທີ່ຍັງບໍ່ໄດ້ເປັນເທົ່າ					
ລູກຂອງທ່ານເຄີຍເປັນໜາກສຸກໜາກໃສແລ້ວບໍ່? ___ສັກແລ້ວ ປີ_____(ບໍ່ຈຳເປັນຕ້ອງສັກຢາ) ___ຍັງ ຫຼື ບໍ່ແນ່ໃຈຕ້ອງໄດ້ສັກຢາ					

ວັກຊີ ປ້ອງກັ ວັ ະໂລກ

ວັກຊີນອື່ນໆ	ຄັ້ງທຳອິດ	ຄັ້ງທີ 2	ຄັ້ງທີ 3
ວັກຊີນ Rotar			
ວັກຊີນກັນວໍ້			
ວັກຊີນປ້ອງກັນມະເຮັ້ງປາກມົດລູກ(ສຳລັບເດັກຍິງອາຍຸ 10-11 ປີ)			
ວັກຊີນປ້ອງກັນໄຂ້ສະໝອງອັກເສບຢີປຸ່ນ			
ວັກຊີນປ້ອງກັນໄຂ້ວັດປະຈຳລະດູ ☐ YES ☐ NO			

ການກິນຢາ

YES **NO** ອະນຸຍາດໃຫ້ກິນຢາ ປາຣາເຊຕາໂມນໃນກໍລະນີທີ່ນັກຮຽນເປັນໄຂ້(**ອີງຕາມນ້ຳໜັກຂອງນັກຮຽນຕໍ່ອັດຕາສ່ວນ** 15mg/kg)

YES **NO** **ອະນຸຍາດໃຫ້ກິນຢາປາຣາເຊຕາໂມນໃນກໍລະນີທີ່ນັກຮຽນມີອາການເຈັບຫົວແຕ່ບໍ່ໄດ້ເປັນໄຂ້(ອີງຕາມນ້ຳໜັກຂອງນັກຮຽນຕໍ່ອັດຕາສ່ວນ** 15mg/kg)

YES **NO** **ອະນຸຍາດໃຫ້ກິນຢາອີບູໂປຣເຟນ** 200mg(ຢາແກ້ປວດປະຈຳເດືອນ) ໃນກໍລະນີທີ່ນັກຮຽນມີອາການເຈັບທ້ອງປະຈຳເດືອນຢ່າງຮຸນແຮງ.

*ກະລຸນາບອກລາຍຊື່ທັງໝົດຂອງຢາທີ່ລູກຂອງທ່ານກິນເປັນໄລຍະຍາວ (ກິນ 30 ວັນຂຶ້ນໄປ, ບໍ່ລວມວິຕາມິນ ຫຼື ອາຫານເສີມ)

ຢາກິນໄລຍະຍາວ	**ປະລິມານໃຫ້ກິນ**	**ເວລາ ແລະ ຄວາມຖີ່ໃນການກິນຢາ**
1.		
2.		

ຢາທີ່ຕ້ອງໃຊ້ໃນກໍລະນີສຸກເສີນ	**ປະລິມານໃຫ້ກິນ**	**ເງື່ອນໄຂທາງການແພດທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ**
1.		
2.		

** ກະລຸນາບອກລາຍຊື່ຢາທີ່ລູກຂອງທ່ານຕ້ອງໃຊ້ທັນທີໃນກໍລະນີສຸກເສີນ ເຊັ່ນ: ຢາພົ່ນແກ້ຮອບຫືດ ແລະ ອື່ນ

---

* ຖ້າຫາກວ່າລູກຂອງທ່ານຕ້ອງກິນຢາໃນຊ່ວໂມງຮຽນ ກະລຸນາຝາກຢາໄວ້ກັບຄູຜູ້ຮັບຜິດຊອບຂອງແຕ່ລະຕຶກທີ່ທາງໂຮງຮຽນໄດ້ລະບຸໄວ້.

** ຖ້າຫາກວ່າທ່ານຕ້ອງການໃຫ້ທາງໂຮງຮຽນເກັບຢາທີ່ຕ້ອງໃຊ້ໃນກໍລະນີສຸກເສີນໄວ້ອີກຊຸດໜຶ່ງ ທ່ານກໍສາມາດຝາກຢາໄວ້ກັບພະຍາບານຂອງໂຮງຮຽນໄດ້ຕັ້ງແຕ່ຕົ້ນປີຮຽນແລະພະຍາບານກໍ່ຈະສົ່ງຄືນເມື່ອໝົດປີຮຽນ ຫຼື ເມື່ອຢາມົດອາຍຸ.

ອາການແພ້

ລູກຂອງທ່ານມີການແພ້ຢາ, ອາຫານ, ການກັດຕອດຂອງແມງໄມ້, ແຜ່ນຕິດບາດ ຫຼື ຜະລິດຕະພັນຊະນິດໃດບໍ່? ຖ້າຫາກມີກະລຸນາລະບຸລາຍລະອຽດໃສ່ລຸ່ມນີ້:

_____

_____

ກະລຸນາແຈ້ງໃຫ້ທາງໂຮງຮຽນຮັບຮູ້ທັນທີຖ້າຫາກມີການປ່ຽນແປງທາງດ້ານການແພດ-ການຢາທີ່ກ່ຽວຂ້ອງກັບລູກຂອງທ່ານ