

លេខកូដអ្នកចូលរួម: \_\_\_\_\_

1 ព័ត៌មានទូទៅ	
1.1 ឈ្មោះអ្នកសម្ភាសន៍	<input type="checkbox"/> ចំរើន <input type="checkbox"/> ហ្វានីតា <input type="checkbox"/> ហ្វារ៉ាមី
1.2 កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ)	
1.3 ភូមិ	
1.4 មណ្ឌលសុខភាព	
1.5 ស្រុកប្រតិបត្តិ	

2 ព័ត៌មានអំពីអ្នកជំងឺ (ត្រូវបំពេញដោយអ្នកសម្ភាសន៍ដោយមានជំនួយពី TB & Lab register)	
2.1 ភេទ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី	2.2 អាយុអ្នកជំងឺ _____
2.3 ប្រភេទជំងឺរបេង	<input type="checkbox"/> មានមេរោគ (b+) <input type="checkbox"/> គ្មានមេរោគ (b-)
2.4 រយៈពេលព្យាបាលសរុប	<input type="checkbox"/> ៦ ខែ <input type="checkbox"/> ៨ ខែ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ (បញ្ជាក់): _____
2.5 វិធីសាស្ត្រព្យាបាល	<input type="checkbox"/> របេងក្នុងសូតរកឃើញថ្មី <input type="checkbox"/> ការព្យាបាលសារឡើងវិញ
2.6 អ្នកផ្តល់សម្ភាសន៍	<input type="checkbox"/> អ្នកជំងឺ <input type="checkbox"/> ប្រសិនបើអាណាព្យាបាល... <input type="checkbox"/> ឪពុកម្តាយ <input type="checkbox"/> គ្រួសារសាច់ឆ្ងាយ <input type="checkbox"/> អាណាព្យាបាល <input type="checkbox"/> យាយតា <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ(បញ្ជាក់): _____
2.7 ស្ថានភាពជំងឺអេដស៍ (ប្រសិនបើមានប៉ុណ្ណោះ)	<input type="checkbox"/> វិជ្ជមាន <input type="checkbox"/> អវិជ្ជមាន <input type="checkbox"/> ពុំបានធ្វើតេស្ត <input type="checkbox"/> មិនដឹង <input type="checkbox"/> បដិសេធ
2.8 ប្រភេទអ្នកចូលរួម	
ក1 <input type="checkbox"/> ACF (គ្រួសារ ឬ អ្នកជិតខាងដែលបានជ្រើសរើស)	ខ1 <input type="checkbox"/> PCF
ក2 លេខចុះឈ្មោះនៅ HC:	ខ2 លេខចុះឈ្មោះនៅ HC:
ក3 លេខចុះឈ្មោះនៅ OD:	ខ3 លេខចុះឈ្មោះនៅ OD:
	(ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ)
ក4 កាលបរិច្ឆេទទទួលព័ត៌មាន ACF	ខ4 កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យឡាម
ក5 កាលបរិច្ឆេទនៃវគ្គ ACF	ខ5 កាលបរិច្ឆេទលទ្ធផល Xray
ក6 កាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះនៅ HC	ខ6 កាលបរិច្ឆេទចុះឈ្មោះនៅ HC
ក7 កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមការព្យាបាល	ខ7 កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមការព្យាបាល
ក8 កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការព្យាបាល	ខ8 កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ការព្យាបាល
2.9 ស្ថានភាពគ្រួសារ <input type="checkbox"/> រៀបការ <input type="checkbox"/> នៅលីវ <input type="checkbox"/> លែងលះ/រស់នៅបែកគ្នា <input type="checkbox"/> ពោះម៉ាយ/មេម៉ាយ	
2.10 ទីលំនៅ	<input type="checkbox"/> ទីក្រុង <input type="checkbox"/> ជ្វាយក្រុង <input type="checkbox"/> ជនបទ <input type="checkbox"/> គ្មានផ្ទះសម្បែង/អីទីលំនៅ
2.11 លេខទូរសព្ទនាក់ជំងឺ	

3 ការស្វែងរកសេវាសុខភាព
3.1 តើអ្នកមានរោគសញ្ញាជំងឺរបេងណាមួយទេ មុនពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ? (ប្រសិនបើគ្មានសូមបន្តទៅសំណួរ 3.3)

លេខកូដអ្នកចូលរួម: \_\_\_\_\_

	<input type="checkbox"/> មាន	<input type="checkbox"/> គ្មាន	<input type="checkbox"/> អត់មាន	<input type="checkbox"/> មិនដឹង	ពេលចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញា	(ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ)
3.2 តើរយៈពេលយូរប៉ុណ្ណាដែលអ្នកមានរោគសញ្ញានោះ នៅមុនពេលចាប់ផ្តើមព្យាបាលជំងឺរបេង?						
ក្អក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ថ្ងៃចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញា	_____
ក្អកធ្លាក់ឈាម	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ថ្ងៃចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញា	_____
មានកំហាក	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ថ្ងៃចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញា	_____
បែកញើសពេលយប់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ថ្ងៃចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញា	_____
ស្រកទម្ងន់	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ថ្ងៃចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញា	_____
ឈឺទ្រូង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ថ្ងៃចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញា	_____
អស់កម្លាំង	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ថ្ងៃចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញា	_____
គ្រុនក្តៅ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ថ្ងៃចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញា	_____
ផ្សេងទៀត ៖ _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ថ្ងៃចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញា	_____
(បញ្ជាក់)						

3.3 តើអ្នកបានស្វែងរកការព្យាបាល ឬ ជំនួយនានាអំពីរោគសញ្ញាទាំងនេះ នៅតាមកន្លែងដូចខាងក្រោមដែរឬទេ?  
(គូសទាំងអស់ប្រសិនបើមាន)

តើកន្លែងណាដែលអ្នកទៅដំបូងគេ? (គូសរង្វង់នៅកន្លែងដំបូងគេ ដែលអ្នកទៅរកការព្យាបាល)

ពេទ្យរដ្ឋ	<input type="checkbox"/>	បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/>	ទេ	មណ្ឌលសុខភាព	<input type="checkbox"/>	បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/>	ទេ
ពេទ្យឯកជន/គ្លីនិក	<input type="checkbox"/>	បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/>	ទេ	ឱសថស្ថាន, កន្លែងលក់ថ្នាំ	<input type="checkbox"/>	បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/>	ទេ
ពេទ្យបូរណ	<input type="checkbox"/>	បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/>	ទេ	ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖ _____	<input type="checkbox"/>	បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/>	ទេ

3.4 តើអាគារសុខាភិបាលដែលនៅក្បែរអ្នកបំផុតមានចម្ងាយប៉ុន្មាន?

ក ពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ & ព្យាបាល TB	_____	ដើរ (នាទី)	_____	ជិះ (នាទី)	_____	ចម្ងាយ (គ.ម)
ខ សម្រាប់តែពេលព្យាបាល TB	_____	ដើរ (នាទី)	_____	ជិះ (នាទី)	_____	ចម្ងាយ (គ.ម)

ផ្នែកទី ៤៖ សូមបំពេញលើតារាងដោយឡែក និងផ្តល់ព័ត៌មានអំពីការចំណាយមុន និង ពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ?

5 ការចំណាយលើការព្យាបាល	
<b>ការចំណាយពាក់ព័ន្ធនឹង DOT</b>	
5.1 តើអ្នកទៅយកថ្នាំ TB នៅកន្លែងណា?	<input type="checkbox"/> អាគារសុខាភិបាល/មន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> ផ្ទះ <input type="checkbox"/> សហគមន៍ <input type="checkbox"/> កន្លែងធ្វើការ <input type="checkbox"/> ឱសថស្ថាន
5.2 ក. តើអ្នកត្រូវទៅទីនោះដើម្បីយកថ្នាំប៉ុន្មានដងក្នុងមួយសប្តាហ៍?	_____ ដង/សប្តាហ៍
ខ. តើកំឡុងពេលប៉ុន្មានសប្តាហ៍ដែលអ្នកទៅទីនោះ?	_____ សប្តាហ៍
5.3 តើអ្នកត្រូវចំណាយពេលប៉ុន្មានដើម្បីទៅកាន់ទីនោះ? (តែទៅប៉ុណ្ណោះ)	_____ ដើរ (នាទី)   _____ ជិះ (នាទី)   _____ ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖ _____

លេខកូដអ្នកចូលរួម: \_\_\_\_\_

5.4 តើត្រូវចំណាយពេលជាមធ្យមប៉ុន្មានដើម្បីធ្វើដំណើរទៅកាន់ទីនោះដោយគិតទាំងរយៈពេលធ្វើដំណើរ និង រង់ចាំ?  
\_\_\_\_\_ នាទី

5.5 ពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់កន្លែង DOT (ដូចមានក្នុង 5.1), តើអ្នកត្រូវចំណាយប្រាក់ប៉ុន្មានប្រសិនបើអ្នកជិះ?  
(ទាំងទៅនិងមក) \_\_\_\_\_ រៀល

5.6 តើត្រូវចំណាយប្រាក់ប៉ុន្មានសម្រាប់ការហូបចុកពេលធ្វើដំណើរតាមផ្លូវ ការរង់ចាំ & អាហារថ្ងៃត្រង់?  
\_\_\_\_\_ រៀល

**ការចំណាយពាក់ព័ន្ធនឹងការ ័ទៅយកថ្នាំរបេង & ័ដឹកជញ្ជូនថ្នាំរបេង**

5.7 ក. តើអ្នកធ្វើដំណើរទៅអាគារសុខាភិបាល/មន្ទីរពេទ្យដើម្បីយកថ្នាំរបេងញឹកញាប់ប៉ុណ្ណា? \_\_\_\_\_ ដង/ខែ  
ខ. តើកំឡុងពេលប៉ុន្មានខែដែលអ្នកទៅយកថ្នាំរបេង? \_\_\_\_\_ ខែ

5.8 តើត្រូវចំណាយពេលយូរប៉ុណ្ណាសម្រាប់ការធ្វើដំណើរទៅកាន់ទីនោះ? (តែទៅប៉ុណ្ណោះ)  
\_\_\_\_\_ ដើរ (នាទី) \_\_\_\_\_ ជិះ (នាទី) \_\_\_\_\_ ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់): \_\_\_\_\_

5.9 តើការទៅកាន់ទីកន្លែងនោះ ត្រូវចំណាយពេលជាមធ្យមប៉ុន្មាន គិតទាំងការធ្វើដំណើរ និងការរង់ចាំ?  
\_\_\_\_\_ នាទី

5.10 ពីផ្ទះរបស់អ្នកទៅកាន់អាគារសុខាភិបាល តើត្រូវចំណាយប្រាក់ប៉ុន្មានប្រសិនបើអ្នកជិះ? (ទាំងទៅនិងមក)  
\_\_\_\_\_ រៀល

5.11 ប្រសិនបើអ្នកទៅអាគារសុខាភិបាលដើម្បីយកថ្នាំរបេង តើអ្នកត្រូវចំណាយប្រាក់ប៉ុន្មានសម្រាប់ការហូបចុកពេល  
ធ្វើដំណើរតាមផ្លូវ ការរង់ចាំ & អាហារថ្ងៃត្រង់ ? \_\_\_\_\_ រៀល

5.12 តើអ្នកត្រូវបង់ថ្លៃរដ្ឋបាល ឬ ថ្លៃដឹកជញ្ជូន ឬទេ នៅពេលអ្នកយកថ្នាំរបេង ?  បាទ/ចាស  ទេ  
ក ប្រសិនបើបង់ ប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_ រៀល

5.13 តើអ្នកត្រូវចំណាយលើការស្នាក់នៅទេ នៅពេលយកថ្នាំរបេង?  បាទ/ចាស  ទេ  
ក ប្រសិនបើចំណាយ ប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_ រៀល

5.14 តើអ្នកបានចំណាយប្រាក់ដើម្បីទិញថ្នាំរបេងដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
ក ប្រសិនបើបានបង់ ប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_ រៀល

**ការចំណាយពាក់ព័ន្ធនឹងការធ្វើតេស្តតាមដាន**

5.15 តើអ្នកធ្លាប់បានទៅអាគារសុខាភិបាលដែរឬទេបន្ថែមលើការណាត់ជួបជាទៀងទាត់ដើម្បីធ្វើតេស្តតាមដានដោយចាប់  
តាំងពីពេលចាប់ផ្តើមការព្យាបាល? (ប្រសិនបើអត់ទេ សូមបន្តទៅសំណួរ 6.1)  បាទ/ចាស  ទេ  
ក ប្រសិនបើធ្លាប់ ប៉ុន្មានដង? \_\_\_\_\_ ដង

5.16 ប្រសិនបើធ្លាប់ តើត្រូវចំណាយប្រាក់បន្ថែមទៀតដែរឬទេ នៅពេលដែលអ្នកទៅកាន់ទីនោះ?  បាទ/ចាស  ទេ  
ក ប្រសិនបើដូច្នោះមែន តើត្រូវចំណាយលើអ្វី ហើយចំណាយប៉ុន្មានសម្រាប់ការទៅមួយលើក?

លេខកូដអ្នកចូលរួម: \_\_\_\_\_

តំលៃចុះឈ្មោះ: _____	តេស្តកំហាក _____	X-ray: _____
ផ្សេងទៀត _____	_____	សរុប: _____

**5.17** ចំពោះការតាមដាននេះ តើត្រូវចំណាយពេលជាមធ្យមប៉ុន្មាន គិតទាំងពេលធ្វើដំណើរ ការរង់ចាំ និង ការធ្វើតេស្ត?  
(ទាំងទៅ និង មក) \_\_\_\_\_ នាទី

**5.18** តើជាមធ្យមអ្នកត្រូវចំណាយប្រាក់ប៉ុន្មាន សម្រាប់ការធ្វើដំណើរ ហូបចុក ការស្នាក់នៅ ពេលដែលទៅមួយលើក?  
ការធ្វើដំណើរ \_\_\_\_\_ ចំណីអាហារ \_\_\_\_\_ ការស្នាក់នៅ \_\_\_\_\_

6	ការចំណាយសម្រាប់អ្នករួមដំណើរ
<b>6.1</b>	បើមានសមាជិកគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ/អ្នកជំនួយផ្នែក DOT ណាម្នាក់ ជូនអ្នកទៅកន្លែងព្យាបាលរបេង/ការធ្វើតេស្តតាមដាន /ការទៅលើកយកថ្នាំរបេង/និងទៅកន្លែងDOT តើអ្នកត្រូវចំណាយលុយបន្ថែមដែរឬទេ? (ប្រសិនបើគ្មាន សូមបន្តទៅសំណួរ 7.1) <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
<b>a</b>	ប្រសិនបើមាន តើសមាជិកគ្រួសារ/ មិត្តភក្តិ / អ្នកជំនួយផ្នែក DOT បានជូនអ្នកទៅ ប៉ុន្មានលើក? ការព្យាបាល/ការទៅដើម្បីតាមដាន _____ ដង ការចំណាយក្នុងការព្យាបាលមួយលើក ការធ្វើដំណើរ: _____ អាហារ: _____ ការស្នាក់នៅ: _____ ចំណាយព្យាបាលសរុប: _____ រៀល
<b>6.2</b>	តើសមាជិកគ្រួសារ/មិត្តភក្តិ/អ្នកជំនួយផ្នែក DOT រកបានប៉ុន្មានក្នុងមួយថ្ងៃ? _____ រៀល <input type="checkbox"/> គ្មានចំណូល
<b>6.3</b>	ហេតុអ្វីបានជាមានអ្នកទៅជាមួយអ្នក? (គូសទាំងអស់ប្រសិនបើមាន) <input type="checkbox"/> ផ្លូវឆ្ងាយ <input type="checkbox"/> សុវត្ថិភាព <input type="checkbox"/> ឧបសគ្គផ្នែករដ្ឋបាល <input type="checkbox"/> ឈឺខ្លាំងពេកទៅម្នាក់ឯងមិនរួច <input type="checkbox"/> ការព្យាបាលតម្រូវដូច្នោះ <input type="checkbox"/> អ្នកជំងឺជាអនីតិជន <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់): _____

7	ការចំណាយសម្រាប់ការសម្រាកពេទ្យ
<b>7.1</b>	តើអ្នកបានសម្រាកពេទ្យទេ ក្នុងពេលព្យាបាលជំងឺរបេង? (ប្រសិនបើអត់ សូមបន្តសំណួរ 8.1) <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ
<b>ក</b>	ប្រសិនបើបានសម្រាកពេទ្យ តើអ្នកសម្រាកនៅពេទ្យប៉ុន្មានថ្ងៃ? _____ ថ្ងៃ
<b>7.2</b>	តើអ្នកត្រូវចំណាយប៉ុន្មាន ក្នុងការសម្រាកពេទ្យមួយថ្ងៃ? ថ្លៃគ្រែ _____ អាហារ (មិនមែនផ្តល់ដោយមន្ទីរពេទ្យ): _____ ថ្លៃធ្វើដំណើរ (ទៅមក) _____ ថ្នាំ* _____ តេស្ត** _____ ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់): _____
* កុំបន្ថែមលើថ្លៃថ្នាំរបេងដូចមានក្នុងសំណួរ 5.14	
** កុំបន្ថែមលើថ្លៃធ្វើតេស្តដែរ មានក្នុងសំណួរ 5.16 <span style="margin-left: 100px;">សរុប: _____ រៀល</span> + តំលៃចុះឈ្មោះ: _____	

លេខកូដអ្នកចូលរួម: \_\_\_\_\_

<b>7.3</b>	តើមានសមាជិកគ្រួសារ/មិត្តភក្តិណាម្នាក់បានស្នាក់នៅពេទ្យជាមួយអ្នកទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
<b>ក</b>	ប្រសិនបើបានស្នាក់នៅ តើគេស្នាក់នៅជាមួយអ្នកបានប៉ុន្មានថ្ងៃ (គេនៅទីនោះ)?	_____	ថ្ងៃ
<b>7.4</b>	តើអ្នកត្រូវចំណាយប្រាក់បន្ថែមទេ នៅពេលសមាជិកគ្រួសារ/មិត្តភក្តិទៅកំដរអ្នកនៅពេទ្យ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
	ការស្នាក់នៅ (មន្ទីរពេទ្យ ឬកន្លែងផ្សេងៗ)៖ _____	អាហារ៖ _____	
	ការធ្វើដំណើរ៖ _____	ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖ _____	សរុប៖ _____
<b>7.5</b>	តើសមាជិកគ្រួសារ/មិត្តភក្តិរកប្រាក់បានប៉ុន្មានក្នុងមួយថ្ងៃ?	_____	រៀល <input type="checkbox"/> គ្មានចំណូល
<b>7.6</b>	តើមានសមាជិកគ្រួសារ/មិត្តភក្តិណាម្នាក់ផ្សេងទៀតទៅសួរសុខទុក្ខអ្នក នៅមន្ទីរពេទ្យឬដែរទេ?	<input type="checkbox"/> មាន	<input type="checkbox"/> អត់
	(ប្រសិនបើគ្មានសូមបន្តទៅសំណួរ 8.1)		
<b>ក</b>	ប្រសិនបើមាន តើសមាជិកគ្រួសារ/មិត្តភក្តិអ្នក ទៅសួរសុខទុក្ខអ្នក ប៉ុន្មានដង?	_____	ដង
<b>ខ</b>	តើសមាជិកគ្រួសារ/មិត្តភក្តិណាម្នាក់ផ្សេងទៀត ត្រូវចំណាយលុយប៉ុន្មានក្នុងការទៅសួរសុខទុក្ខអ្នកម្តងៗ?		
	ការស្នាក់នៅ (មន្ទីរពេទ្យ ឬកន្លែងផ្សេងៗ)៖ _____	អាហារ៖ _____	
	ការធ្វើដំណើរ៖ _____	ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖ _____	សរុប៖ _____ រៀល
<b>គ</b>	តើការសួរសុខទុក្ខ មានរយៈពេលប៉ុន្មាន គិតទាំងពេលធ្វើដំណើរ?	_____	នាទី

<b>8</b>	<b>ការចំណាយផ្សេងទៀតសម្រាប់អាហារបន្ថែម</b>		
<b>8.1</b>	ដោយសារមានជំងឺរបេង តើអ្នកបានទិញអាហារបំប៉នបន្ថែមដែរឬទេ ដូចជា វីតាមីន សាច់ ភេសជ្ជៈបង្កើនថាមពល ភេសជ្ជៈគ្មានជាតិអាល់កុល ផ្លែឈើ និងថ្នាំផ្សេងៗ (ប្រសិនបើគ្មាន សូមបន្តទៅសំណួរ 9.1)	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
<b>ក</b>	ប្រសិនបើមាន តើមុខទំនិញណាមួយ? (បញ្ជាក់) (គូសទាំងអស់ ប្រសិនបើមាន)		
	<input type="checkbox"/> ផ្លែឈើ <input type="checkbox"/> ភេសជ្ជៈ <input type="checkbox"/> វីតាមីន/ថ្នាំបូរណ <input type="checkbox"/> សាច់ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) _____		
<b>8.2</b>	ជាមធ្យម តើអ្នកត្រូវចំណាយប៉ុន្មានលើមុខទំនិញទាំងនេះ ក្នុងមួយខែ?	_____	រៀល

<b>9</b>	<b>ជំងឺផ្សេងទៀត</b>		
<b>9.1</b>	តើអ្នកមានជំងឺរ៉ាំរ៉ៃណាមួយដែលទទួលការព្យាបាលទេ? (ប្រសិនបើគ្មាន សូមបន្តទៅសំណួរ 9.3)		
	<input type="checkbox"/> មុនពេលធ្វើពេទ្យវិនិច្ឆ័យTB <input type="checkbox"/> ក្រោយពេលធ្វើពេទ្យវិនិច្ឆ័យTB <input type="checkbox"/> មុន&ក្រោយធ្វើពេទ្យវិនិច្ឆ័យTB <input type="checkbox"/> អត់		
	បើមាន ជំងឺអ្វី? <b>ក</b> _____ <b>ខ</b> _____ <b>គ</b> _____		
<b>9.2</b>	តើអ្នកត្រូវចំណាយអ្វី បន្ថែមសម្រាប់ជំងឺទាំងនេះដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> បាទ/ចាស	<input type="checkbox"/> ទេ
<b>ក</b>	ប្រសិនបើត្រូវចំណាយ តើត្រូវចំណាយប៉ុន្មានជាមធ្យម ក្នុងមួយខែ?		
	គេស្តុ _____ ថ្នាំ _____ អាហារ _____		

លេខកូដអ្នកចូលរួម: \_\_\_\_\_

ការធ្វើដំណើរ _____	ផ្សេងទៀត _____	សរុប៖ _____	រៀល _____
9.3 តើជាមធ្យមអ្នកត្រូវចំណាយលើការថែទាំសុខភាពប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ មុនពេលមានជំងឺរបេង?			រៀល _____
9.4 តើបច្ចុប្បន្ន អ្នកត្រូវចំណាយលើការថែទាំសុខភាពជាមធ្យមប៉ុន្មានក្នុងមួយខែ ?			រៀល _____

<b>10</b>	<b>ប័ណ្ណបើកប្រាក់សង/ប័ណ្ណសមធម៌</b>
10.1 តើអ្នកមានកម្មវិធីធានារ៉ាប់រងសុខភាព/ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រឯកជន ឬរដ្ឋដែរឬទេ? (ប្រសិនបើគ្មាន សូមបន្តទៅសំណួរ 10.2) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន</span>	
ក បើមាន ប្រភេទណា? <input type="checkbox"/> ប្រាក់សំណង <input type="checkbox"/> ប្រាក់ឧបត្ថម្ភផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រប្រចាំខែ <input type="checkbox"/> ប័ណ្ណសមធម៌ ("ប័ណ្ណសម្រាប់អ្នកក្រ") <input type="checkbox"/> មូលនិធិគ្រួសារ/សហគមន៍ <input type="checkbox"/> គម្រោងរបស់ប្រឹក្សាខាងលិច (កិច្ចសន្យា) <input type="checkbox"/> ម្ចាស់ជំនួយ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖ _____	
10.2 តើអ្នកបានដឹងអំពីប្រព័ន្ធប័ណ្ណសមធម៌នៅកម្ពុជាដែរទេ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ដឹង <input type="checkbox"/> អត់ដឹង</span>	
10.3 តើអ្នកបានទទួលការបើកប្រាក់សងវិញសម្រាប់ការចំណាយពាក់ព័ន្ធនឹងការព្យាបាលTBដែរឬទេ?* <input type="checkbox"/> បាន <input type="checkbox"/> អត់ទេ (ប្រសិនបើបើកប្រាក់សងវិញសម្រាប់មុនពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ/ពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ សូមប្រើផ្នែកទី 4)	
ក តើអ្នកបានទទួលសំណងវិញប៉ុន្មាន? _____ រៀល	

<b>11</b>	<b>ការចំណាយសម្រាប់ការដោះទំល</b>
11.1 តើអ្នកបានខ្ចីប្រាក់ពីគេដែរឬទេទាំងមុន/ក្រោយរោគវិនិច្ឆ័យTB? (ប្រសិនបើអត់ទេ បន្តទៅសំណួរ 11.2) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> បានខ្ចី <input type="checkbox"/> អត់ខ្ចី</span>	
ក ប្រសិនបើបានខ្ចី តើខ្ចីគេប៉ុន្មាន? _____ រៀល	
ខ តើអ្នកខ្ចីពីនរណា? (គូសទាំងអស់ប្រសិនបើមាន) <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> គ្រួសារ <input type="checkbox"/> អ្នកជិតខាង/មិត្តភក្តិ <input type="checkbox"/> ធនាគារឯកជន</span> <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> សហគមន៍ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖ _____</span>	
គ តើកម្ចីនោះមានការប្រាក់ប៉ុន្មាន? (%) _____ % <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ពុំមានការប្រាក់ <input type="checkbox"/> ខ្ញុំពុំតម្រូវឱ្យសងវិញទេ</span>	
11.2 តើអ្នកបានលក់ទ្រព្យសម្បត្តិសម្រាប់ការចំណាយលើជំងឺរបេងដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ ប្រសិនបើលក់ តើលក់អ្វី?	
ក <input type="checkbox"/> ដី <input type="checkbox"/> បសុសត្វ <input type="checkbox"/> មធ្យោបាយធ្វើដំណើរ/យានជំនិះ <input type="checkbox"/> របស់របរក្នុងផ្ទះ <input type="checkbox"/> ផលិតផលកសិកម្ម <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖ _____	
ខ តើទ្រព្យសម្បត្តិដែលអ្នកលក់មានតម្លៃប្រហាក់ប្រហែលប៉ុន្មាននៅលើទីផ្សារ? _____ រៀល	
គ តើអ្នកលក់វត្ថុនោះបានថ្លៃប៉ុន្មាន? _____ រៀល	

12	<b>ព័ត៌មានសង្គមសេដ្ឋកិច្ច ស្ថានភាព និងប្រាក់ចំណូលរបស់បុគ្គល</b>
12.1	តើនរណាជាអ្នករកចំណូលសំខាន់បំផុតនៅក្នុងគ្រួសារ? <input type="checkbox"/> អ្នកជំងឺ <input type="checkbox"/> ប្រពន្ធ/ម្តាយ <input type="checkbox"/> ប្តី/ឪពុក <input type="checkbox"/> គ្រួសារសាច់ញាតិច្រើន <input type="checkbox"/> កូនប្រុស/កូនស្រី <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖ _____
12.2	តើការអប់រំខ្ពស់បំផុតកម្រិតណា? <b>ក</b> អ្នកជំងឺ <input type="checkbox"/> មិនចេះអក្សរ <input type="checkbox"/> បឋមសិក្សា <input type="checkbox"/> មធ្យមសិក្សា <input type="checkbox"/> បញ្ចប់ការសិក្សា/សញ្ញាបត្រ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ(បញ្ជាក់) _____ <b>ខ</b> អ្នករកចំណូលសំខាន់បំផុត? <input type="checkbox"/> មិនចេះអក្សរ <input type="checkbox"/> បឋមសិក្សា <input type="checkbox"/> មធ្យមសិក្សា <input type="checkbox"/> បញ្ចប់ការសិក្សា/សញ្ញាបត្រ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ(បញ្ជាក់) _____ <b>គ</b> មេគ្រួសារ <input type="checkbox"/> មិនចេះអក្សរ <input type="checkbox"/> បឋមសិក្សា <input type="checkbox"/> មធ្យមសិក្សា <input type="checkbox"/> បញ្ចប់ការសិក្សា/សញ្ញាបត្រ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ(បញ្ជាក់) _____
12.3	តើអ្នកធ្វើការជាធម្មតាដែរឬទេ <b>មុនពេលធ្វើពេទ្យវិនិច្ឆ័យTB?</b> <input type="checkbox"/> មានការងារធ្វើជាធម្មតា <input type="checkbox"/> ឈប់សម្រាកដោយមានជំងឺ <input type="checkbox"/> នៅរៀន <input type="checkbox"/> ការងារផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទេ ធ្វើការងារម្តងម្កាល <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗទៀត (បញ្ជាក់) _____
12.4	តើអ្នកធ្វើការជាធម្មតាដែរឬទេ <b>ក្នុងអំឡុងពេលព្យាបាលTB?</b> <input type="checkbox"/> មានការងារធ្វើជាធម្មតា <input type="checkbox"/> ឈប់សម្រាកដោយមានជំងឺ <input type="checkbox"/> នៅរៀន <input type="checkbox"/> ការងារផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទេ ធ្វើការងារម្តងម្កាល <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗទៀត (បញ្ជាក់) _____ <b>ក</b> តើមូលហេតុដែលមិនធ្វើការ គឺមកពីជំងឺរបេងមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <b>ខ</b> ប្រសិនបើដូច្នោះមែន តើពេលណាជាពេលធ្វើការចុងក្រោយរបស់អ្នក? កាលបរិច្ឆេទ (ខែ ឆ្នាំ) _____
12.5	តើ <b>បច្ចុប្បន្ន</b> អ្នកធ្វើការងារបានជាធម្មតាដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មានការងារធ្វើជាធម្មតា <input type="checkbox"/> ឈប់សម្រាកដោយមានជំងឺ <input type="checkbox"/> នៅរៀន <input type="checkbox"/> ការងារផ្ទះ <input type="checkbox"/> ទេ ធ្វើការងារម្តងម្កាល <input type="checkbox"/> ចូលនិវត្តន៍ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗទៀត (បញ្ជាក់) _____ <b>ក</b> តើមូលហេតុដែលមិនធ្វើការ គឺមកពីជំងឺរបេងមែនទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <b>ខ</b> ប្រសិនបើដូច្នោះមែន តើពេលណាជាពេលធ្វើការចុងក្រោយរបស់អ្នក? កាលបរិច្ឆេទ (ខែ ឆ្នាំ) _____
12.6	តើប្រាក់ខែត្រូវបើកឱ្យអ្នកតាមរបៀបណា? <input type="checkbox"/> សាច់ប្រាក់ <input type="checkbox"/> សម្ភារ <input type="checkbox"/> សាច់ប្រាក់ និងសម្ភារ <input type="checkbox"/> ពុំមានប្រាក់ខែ <input type="checkbox"/> ប្រាក់ខែផ្ទេរតាមធនាគារ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖ _____
12.7	តើប្រាក់ចំណូលប្រចាំសប្តាហ៍របស់អ្នកប៉ុន្មានជាមធ្យម <b>មុនពេលមានជំងឺរបេង?</b> (គិតទាំង ការទ្រទ្រង់ផ្នែកសុខមាលភាព ពិការភាព ឬ ការគាំទ្រផ្នែកសង្គមផ្សេងទៀត) _____ រៀល/សប្តាហ៍ <input type="checkbox"/> ពុំមានចំណូល
12.8	តើប្រាក់ចំណូលប្រចាំសប្តាហ៍របស់អ្នកប៉ុន្មានជាមធ្យម <b>ក្នុងពេលមានជំងឺរបេង?</b>

លេខកូដអ្នកចូលរួម: \_\_\_\_\_

(គិតទាំង ការទ្រទ្រង់ផ្នែកសុខមាលភាព ពិការភាព ឬការគាំទ្រផ្នែកសង្គមផ្សេងទៀត)  
\_\_\_\_\_ រៀល/សប្តាហ៍  ពុំមានចំណូល  
ក ប្រសិនបើចម្លើយខុសពីសំណួរ 12.7 តើការប្រែប្រួលនោះមានពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺរបេងទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

**12.9 តើប្រាក់ចំណូលប្រចាំសប្តាហ៍របស់អ្នកប៉ុន្មានជាមធ្យម ក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន?**  
(គិតទាំង ការទ្រទ្រង់ផ្នែកសុខមាលភាព ពិការភាព ឬការគាំទ្រផ្នែកសង្គមផ្សេងទៀត)  
\_\_\_\_\_ រៀល/សប្តាហ៍  ពុំមានចំណូល  
ក ប្រសិនបើចម្លើយខុសពីសំណួរ 12.7 តើការប្រែប្រួលនោះមានពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺរបេងទេ?  បាទ/ចាស  ទេ

**12.10 តើអ្នកធ្លាប់ឈប់ធ្វើការ/ឈប់ទៅសាលា/ឈប់ធ្វើការងារផ្ទះ ដោយសារតែជំងឺរបេងទេ?**  បាទ/ចាស  ទេ  
ក ប្រសិនបើឈប់ រយៈពេលប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_ ខែ

**12.11 តើមានអ្នកណានៅផ្ទះ មើលថែអ្នកជាពិសេសទេ នៅមុន និង ក្រោយពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺរបេង?**  
 បាទ/ចាស  ទេ  
ក ប្រសិនបើមាន រយៈពេលប៉ុន្មាន? \_\_\_\_\_ សប្តាហ៍  
ខ តើគាត់បោះបង់ ឬកាត់បន្ថយការងាររកចំណូលរបស់គាត់មកនៅផ្ទះ និងមើលថែទាំអ្នកដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  
គ បើបាទ/ចាស តើគាត់បាត់បង់ប្រាក់ចំណូលជាមធ្យមប៉ុន្មានក្នុងមួយសប្តាហ៍? \_\_\_\_\_ រៀល

**12.12 តើអ្នកធ្វើការងារញឹកញាប់កម្រិតណា មុនពេលអ្នកមានជំងឺរបេង?**  
 មួយឆ្នាំពេញ  តាមរដូវ/ខែខ្លះនៃឆ្នាំ  ការងារប្រចាំថ្ងៃ  ផ្សេងៗ(បញ្ជាក់) \_\_\_\_\_

**12.13 តើអ្នកត្រូវប្តូរការងារទេ នៅពេលមានជំងឺរបេង?**  បាទ/ចាស  ទេ

**12.14 តើការងារចម្បងរបស់អ្នកជាអ្វីនៅពេលបច្ចុប្បន្ន?**  
 លក់ដូរ/ផ្តល់សេវា  កសិករ  នៅផ្ទះ  កម្មករផ្នែកផលិតកម្ម/សំណង់  
 សិស្ស/និស្សិត  គ្មានការងារ  ការងាររដ្ឋ  ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) \_\_\_\_\_

**12.15 តើជាមធ្យមអ្នកធ្វើការប៉ុន្មានម៉ោងក្នុងមួយថ្ងៃ?**  
ក មុនពេលមានជំងឺរបេង? \_\_\_\_\_ ម៉ោង  
ខ ក្នុងពេលព្យាបាល? \_\_\_\_\_ ម៉ោង  
គ ក្រោយពេលព្យាបាល? \_\_\_\_\_ ម៉ោង

**12.16 ប្រសិនបើចម្លើយខុសគ្នា តើការប្រែប្រួលនោះមានពាក់ព័ន្ធនឹងជំងឺរបេងដែរទេ?**  មាន  ទេ  
ក ប្រសិនបើចម្លើយខុសគ្នា តើមាននរណាម្នាក់ធ្វើការងារដែលអ្នកធ្លាប់ធ្វើពីមុនទេ? (គូសទាំងអស់ប្រសិនបើមាន)  
 កូនស្រី  កូនប្រុស  ប្តី/ប្រពន្ធ  មិត្តភក្តិ  អត់មាន  សមាជិកគ្រួសារផ្សេងទៀត

**12.17 តើអ្នកមានកូនគ្រប់អាយុចូលរៀន ឬ កូនដែលក្រោមអាយុចូលរៀនទេ? (ប្រសិនបើគ្មាន សូមបន្តទៅសំណួរ 12.19)**  
 មាន  អត់មាន

**12.18 កូនដល់អាយុចូលរៀនរបស់អ្នកបានទៅរៀនទៀងទាត់ទេ ក្នុងអំឡុងពេលអ្នកព្យាបាល?**  
 បានទៅ  អត់បានទៅ



លេខកូដអ្នកចូលរួម: \_\_\_\_\_

<b>ក</b>	ប្រសិនបើមិនបានទៅ ហេតុអ្វី? (ជ្រើសចម្លើយតែមួយដែលចំបង)	
	<input type="checkbox"/> ត្រូវជួយកិច្ចការផ្ទះ	<input type="checkbox"/> អត់មានលុយសម្រាប់ថ្លៃសាលា
	<input type="checkbox"/> ត្រូវធ្វើការដើម្បីរកប្រាក់	<input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់): _____
<b>ខ</b>	តើអ្នកមានកូនគ្រប់អាយុចូលរៀន ឬកូនដែលក្រោមអាយុចូលរៀនជួយធ្វើការរកប្រាក់សម្រាប់ចំណាយដោយសារជំងឺរបេងដែរឬទេ?	<input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> អត់មាន
<b>12.19</b> ប្រសិនបើអ្នកជ្រើសរើសអ្នកណាម្នាក់ឱ្យមកធ្វើការនៅក្នុងផ្ទះរបស់អ្នក តើអ្នកត្រូវចំណាយប្រាក់ជូលគេប៉ុន្មាន?		
<b>ក</b>	ពេលអ្នកឈឺ? _____ រៀល/ថ្ងៃ	
<b>ខ</b>	ពេលអ្នកជា? _____ រៀល/ថ្ងៃ	
<b>12.20</b> តើអ្នកអាចរកប្រាក់ចំណូលដោយខ្លួនឯងដោយមិនពឹងលើអ្នកដទៃដែរឬទេ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស      <input type="checkbox"/> ទេ</span>		
<b>12.21</b> តើជំងឺរបេងបានជះឥទ្ធិពលដល់ជីវិតសង្គម ឬជីវិតឯកជនរបស់អ្នក តាមរបៀបណាមួយដែរឬទេ? (គូសទាំងអស់ប្រសិនបើមាន)		
<input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> លែងលះ <input type="checkbox"/> បាត់បង់ការងារ <input type="checkbox"/> ឈប់រៀន <input type="checkbox"/> កូនឈឺ <input type="checkbox"/> រស់នៅដាច់ពីប្តីប្រពន្ធ/ដៃគូ <input type="checkbox"/> រំខានដល់ជីវិតផ្លូវភេទ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់) _____		
<b>12.22</b> តើជំងឺរបេងធ្វើឱ្យអ្នកមានបញ្ហាហិរញ្ញវត្ថុដែរឬទេ? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> បាទ/ចាស      <input type="checkbox"/> ទេ</span>		

**13 ប្រាក់ចំណូល និងការចំណាយក្នុងគ្រួសារ**

<b>13.1</b>	តើអាចប៉ាន់ស្មានបានទេថា ប្រាក់ចំណូលជាមធ្យមក្នុងគ្រួសារអ្នកក្នុងមួយខែប៉ុន្មានមុនពេលអ្នកមានជំងឺរបេង? (រាប់បញ្ចូលមនុស្សទាំងអស់នៅក្នុងគ្រួសារគិតទាំង ប្រាក់ឧបត្ថម្ភពីឪពុកម្តាយ ប្រាក់ឧបត្ថម្ភសម្រាប់សុខភាពពីរដ្ឋ ឬជំនួយផ្នែកសង្គម)      ប្រាក់ចំណូលអ្នកជំងឺ _____      ប្រាក់សុខភាព _____  ប្រាក់ចំណូលអ្នកផ្សេងទៀតក្នុងគ្រួសារ _____      ជំនួយពីរដ្ឋាភិបាល _____ ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់): _____      សរុប _____      រៀល
<b>13.2</b>	តើអាចប៉ាន់ស្មានបានទេថា ប្រាក់ចំណូលជាមធ្យមក្នុងគ្រួសារអ្នកក្នុងមួយខែប៉ុន្មានក្នុងពេលអ្នកមានជំងឺរបេង? ប្រាក់ចំណូលអ្នកជំងឺ _____      ប្រាក់ចំណូលអ្នកផ្សេងទៀតក្នុងគ្រួសារ _____      ប្រាក់សុខភាព _____ ជំនួយពីរដ្ឋាភិបាល _____      ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់): _____      សរុប _____      រៀល
<b>13.3</b>	តើប្រាក់ចំណូលជាមធ្យមក្នុងគ្រួសាររបស់អ្នកក្នុងមួយខែទទួលបានប៉ុន្មានក្រោយពេលអ្នកមានជំងឺរបេង? ប្រាក់ចំណូលអ្នកជំងឺ _____      រៀល      ប្រាក់ចំណូលផ្សេងទៀតក្នុងគ្រួសារ _____      រៀល ប្រាក់សុខភាព _____      រៀល      ជំនួយពីរដ្ឋាភិបាល _____      រៀល ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់): _____      រៀល      សរុប _____      រៀល
<b>13.4</b>	តើជាទូទៅមានមនុស្សប៉ុន្មាននាក់គេងនៅផ្ទះរបស់អ្នក? (គិតទាំងអ្នកជំងឺ) _____      នាក់
<b>13.5</b>	តើមានសមាជិកគ្រួសារប៉ុន្មាននាក់ដែលមានការងារធ្វើ និងមានប្រាក់ខែ? (គិតទាំងអ្នកជំងឺនិងការទូទាត់ជាសម្ភារ)

លេខកូដអ្នកចូលរួម: \_\_\_\_\_

បុគ្គលិកផលកសិកម្ម)	នាក់
<b>13.6</b> ក្រៅពីរូបអ្នក តើមាននរណាម្នាក់ផ្សេងទៀតនៅក្នុងគ្រួសារអ្នក ទទួលការព្យាបាលជំងឺរបេងដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ	
ក បើមាន ប៉ុន្មាននាក់?	នាក់
<b>13.7</b> តើជាមធ្យម គ្រួសារអ្នកចំណាយលើចំណីអាហារប៉ុន្មានជាមធ្យមរាល់ខែ នៅមុនពេល ក្នុងពេល និង ក្រោយពេល អ្នកមានជំងឺរបេង (ប្រសិនបើផលិតផលដាំខ្លួនឯង) ប្រសិនបើចំណីអាហារដែលអ្នកបានទទួលទានក្នុងមួយខែ មុនពេល/ក្នុងពេល/ក្រោយពេលមានជំងឺរបេង ត្រូវបានយកទៅលក់នៅទីផ្សារ តើអាចមានតម្លៃប៉ុន្មាន? (បូកនឹងទឹកប្រាក់ជាមធ្យមដែលអ្នកត្រូវចំណាយសម្រាប់អាហារដែលមិនដាំខ្លួនឯង)	
ក មុនពេល	រៀល
ខ ក្នុងពេល	រៀល
គ ក្រោយពេល	រៀល
	<b>22.</b> បើចម្លើយខុសពី ក តើបណ្តាលមកពីជំងឺរបេងមែនទេ? <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន
	<b>គ2.</b> បើចម្លើយខុសពី ក តើបណ្តាលមកពីជំងឺរបេងមែនទេ? <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន

<b>14</b>	<b>សូចនាករសង្គមសេដ្ឋកិច្ច</b>
<b>14.1</b> តើទឹកដែលអ្នកយកមកពិសាមានប្រភពចំបងមកពីណា? <input type="checkbox"/> ទឹកភ្លៀង <input type="checkbox"/> បឹង/ត្រពាំង/ទន្លេ <input type="checkbox"/> អណ្តូងឯកជន/លូ <input type="checkbox"/> ទឹកទុយោ <input type="checkbox"/> ទឹកច្រកដប <input type="checkbox"/> ទឹករដ្ឋ	
<b>14.3</b> តើបង្គន់អនាម័យប្រភេទណាដែលអ្នកប្រើប្រាស់? <input type="checkbox"/> មិនមាន/តាមគុម្ពាធប្រៃ/វាលស្រែ <input type="checkbox"/> បង្គន់មិនចាក់ទឹករួម <input type="checkbox"/> បង្គន់មិនចាក់ទឹកផ្ទាល់ខ្លួន <input type="checkbox"/> បង្គន់ចាក់ទឹក	
<b>14.4</b> តើផ្ទះរបស់អ្នកមានបន្ទប់ចំនួនប៉ុន្មាន? <input type="checkbox"/> មួយ <input type="checkbox"/> ពីរ <input type="checkbox"/> បី <input type="checkbox"/> បួន ឬ លើសពីនេះ ក តើផ្ទះ/កន្លែងដែលអ្នកស្នាក់នៅជាកម្មសិទ្ធិរបស់អ្នកមែនទេ? <input type="checkbox"/> មែន <input type="checkbox"/> មិនមែន	
<b>14.5</b> តើអ្នកមាន? ចម្លើយអាចមានលើសពីមួយ <input type="checkbox"/> វិទ្យុ <input type="checkbox"/> ទូរទស្សន៍ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទដៃ <input type="checkbox"/> ទូរស័ព្ទលើតុ <input type="checkbox"/> ទូរទឹកកក <input type="checkbox"/> ទូរដាក់ខោអាវ <input type="checkbox"/> ម៉ាស៊ីនដេរ <input type="checkbox"/> ម៉ាស៊ីនចាក់ CD/DVD <input type="checkbox"/> ម៉ាស៊ីនភ្លើង	
<b>14.6</b> ប្រសិនបើរដ្ឋាភិបាលអាចផ្តល់សេវាមួយចំនួនដល់អ្នកដើម្បីជួយសម្រាលបន្ទុកជំងឺរបេងអ្នក និងគ្រួសារអ្នក តើអ្នកចង់បានសេវាអ្វី? សូមជ្រើសរើសតែមួយ <input type="checkbox"/> សំបុត្របញ្ជាក់សម្រាប់ធ្វើដំណើរ <input type="checkbox"/> សំបុត្របញ្ជាក់សម្រាប់អាហារ <input type="checkbox"/> សេវាដែលមានប្រសិទ្ធភាពជាងនេះ <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់)៖ _____	
<b>14.7</b> តើអ្នកអាចចំណាយប្រាក់បានប៉ុន្មានសម្រាប់ការព្យាបាលជំងឺរបេងនៅកន្លែងដំបូង? <input type="checkbox"/> ក្រោម \$20 <input type="checkbox"/> \$20-50 <input type="checkbox"/> \$51-100 <input type="checkbox"/> ច្រើនជាង100\$	

លេខកូដអ្នកចូលរួម: \_\_\_\_\_

**មតិយោបល់របស់អ្នកសម្ភាសន៍**

ហត្ថលេខា

តើអ្នកត្រូវចំណាយលុយម្តងៗចំនួនប៉ុន្មានក្នុងការទៅជួបពេទ្យ មុនពេលដឹងថាអ្នកមានជំងឺរបេង រួមបញ្ចូលទាំងការមកធ្វើពេទ្យវិនិច្ឆ័យ?\*

គ្រប់ចំនុចដែលមិនបានបំពេញ ត្រូវ ដាក់ N/A. ត្រូវបំពេញតែមួយបន្ទាត់ក្នុងការមកជួមម្តងៗ ហើយបំពេញអោយត្រូវតាមទៅលំដាប់លំដោយ

ការណាត់ជួប	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M
	ប្រភេទនៃសេវាសុខាភិបាល**	កាលបរិច្ឆេទនៃការណាត់ជួប***	ចម្ងាយផ្លូវ(គីឡូម៉ែត)	រយៈពេលណាត់ជួបសរុប(គិតទាំងការធ្វើដំណើរទៅមកជានាទី)	តំលៃនៃការចុះឈ្មោះ/ការពិគ្រោះជំងឺ	តំលៃតេស្ត (ពិនិត្យកំហាក ឬ អ៊ីយ៉ូឌីន ផ្សេងទៀតលើកលែង x-ray)	តំលៃការស្នើអ៊ុច(ថ្លៃបញ្ជូនទៅថត និងថ្លៃធ្វើដំណើរ)	តំលៃថ្នាំ (គ្រប់ប្រភេទ)	ថ្លៃធ្វើដំណើរ (ទាំងទៅទាំងមក)	ថ្លៃម្ហូបអាហារទាំងអស់	ថ្លៃស្នាក់នៅទាំងអស់	ចំណាយសរុបក្នុងការទៅម្តងៗ	ការធានារ៉ាប់រងឬសំណង
1				T:					Pt:	Pt:	Pt:	Pt:	
				O:					G:	G:	G:	G:	
2				T:					Pt:	Pt:	Pt:	Pt:	
				O:					G:	G:	G:	G:	
3				T:					Pt:	Pt:	Pt:	Pt:	
				O:					G:	G:	G:	G:	
4				T:					Pt:	Pt:	Pt:	Pt:	
				O:					G:	G:	G:	G:	
5				T:					Pt:	Pt:	Pt:	Pt:	
				O:					G:	G:	G:	G:	
6				T:					Pt:	Pt:	Pt:	Pt:	
				O:					G:	G:	G:	G:	

7				T:					Pt:	Pt:	Pt:	Pt:	
				O					G	G	G	G	
8				T:					Pt:	Pt:	Pt:	Pt:	
				O					G	G	G	G	
9				T:					Pt:	Pt:	Pt:	Pt:	
				O					G	G	G	G	
ចំណាយសរុបមុន និង ពេលធ្វើពេកវិនិច្ឆ័យ(ផលបូកនៃចំណាយសរុបម្តងៗ-សំណងសរុបនៃធានារ៉ាប់រង)											រៀល		

\* នេះរួមបញ្ចូលទាំងការធ្វើដំណើរទៅកាន់កន្លែងអ្នករៀបចំ ACF ផងដែរ (បើអ្នកជំងឺ ACF ជ្រើស យក"៦" សម្រាប់ "ប្រភេទនៃការផ្តល់សេវា")

\*\*១. ពេទ្យរដ្ឋ ២. មណ្ឌលសុខភាព ៣. ពេទ្យឯកជន ៤. ឱសថស្ថាន កន្លែងលក់ថ្នាំ និង គ្រឿងទេស

៥. កន្លែងព្យាបាលដោយឱសថបុរាណ ៦. សហគមន៍ពិនិត្យជំងឺរបេង (ACF) ៧. ផ្សេងទៀត (បញ្ជាក់ក្នុងប្រអប់នេះ)

\*\*\* នេះគឺមានសារៈសំខាន់ខ្លាំងណាស់សម្រាប់ការសិក្សាស្រាវជ្រាវមួយនេះ។