

ការពិនិត្យឧបករណ៍ (ផ្តើមដំបូង/បន្តបន្ទាប់) !

យកកាតនេះទៅជាមួយអ្នកគ្រប់ពេលដែលអញ្ជើញទៅការិយាល័យវេជ្ជបណ្ឌិត ឬអ្នកអប់រំពិជ្ជមាននាមផ្ទៃម។ ពិភាក្សាបញ្ហានេះពេលអ្នកជួបគេ ហើយប្រើតារាងខាងក្រោមដើម្បីកត់ត្រាលទ្ធផលរបស់អ្នក ដូច្នេះអ្នកអាចពិនិត្យ និង សង្កេតទៅលើពិជ្ជមាននាមផ្ទៃមរបស់អ្នកបាន។

KHMER HEALTH ADVOCATES INC ♦ I (800) 505-4637 ♦ CambodianHealth.org
 This card is adapted from the Messasachusetts Dept. of Public Health Diabetes Program and made possible by the National Diabetes Education Program, a joint program of the Centers for Disease Control and the National Institutes of Health (USDC124586). Its contents do not represent the official views of the National Diabetes Education Program. CAMBODIAN ASSOCIATION OF AMERICA ♦ (773) 878-7090 ♦ IMMIGRANT & REFUGEE COMMUNITY ORGANIZATION ♦ (503) 234-1541 ♦ CAMBODIAN FAMILY HEALTH FORUM ♦ (727) 230-2196

My Diabetes Care



National Cambodian American Diabetes Project

កម្មវិធីជំនួយសម្រាប់ជនជាតិខ្មែរ-អាមេរិកាំង

Name ឈ្មោះ: _____

Allergies ផ្លូវប្រតិកម្ម: _____

Emergency Contact ទាក់ទងនូវពេលមានអាសន្ន: _____

Telephone លេខទូរស័ព្ទ: _____

I am diabetic ខ្ញុំមានពិជ្ជមាននាមផ្ទៃម :

I do not speak English, I only speak Khmer.
 ខ្ញុំមិនចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេសទេ ខ្ញុំចេះនិយាយភាសាខ្មែរតែមួយគត់

I speak English and Khmer.
 ខ្ញុំចេះនិយាយភាសាអង់គ្លេស ហើយនិង ភាសាខ្មែរ

If you notice I am not conscious, please call 911.
បើឃើញខ្ញុំមិនដឹងខ្លួន សូមមេត្តាទូរស័ព្ទទៅពេទ្យសង្គ្រោះបន្ទាន់ភ្លាម (៩១១)

Medicine ថ្នាំព្យាបាល	Dose កំរិតប្រើប្រាស់	When to Take It ពេលវេលាសំរាប់ប្រើប្រាស់

លេខទូរស័ព្ទសំខាន់ៗ

Physician វេជ្ជបណ្ឌិត: _____ Tel ទូរស័ព្ទ: _____

Pharmacy ពេទ្យបើកថ្នាំ: _____ Tel ទូរស័ព្ទ: _____

Eye Doctor ពេទ្យភ្នែក: _____ Tel ទូរស័ព្ទ: _____

Foot Doctor ពេទ្យជើង: _____ Tel ទូរស័ព្ទ: _____

Dentist ពេទ្យធ្មេញ: _____ Tel ទូរស័ព្ទ: _____

Hospital មន្ទីរពេទ្យ: _____ Tel ទូរស័ព្ទ: _____

ពិនិត្យមើលកត្តាសំខាន់ នៃសុខភាពរបស់អ្នក	ចំណុចគ្រោងគោល ដៅនៃសុខភាព	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ	ខែ/ថ្ងៃ/ឆ្នាំ
HbA1c (រាល់ ៣-៦ខែ)				
Check Glucose (every visit) ពិនិត្យកំរិតជាតិស្ករក្នុងឈាម (រាល់ពេលពិនិត្យ)				
Blood Pressure (every visit) សំពៀតឈាមក្នុងសរសៃ (រាល់ពេលពិនិត្យ)				
Weight (every visit) ថ្លឹងទម្ងន់ (រាល់ពេលពិនិត្យ)				
Foot exam (every visit) ពិនិត្យប្រអប់ជើង (រាល់ពេលពិនិត្យ)				
Cholesterol LDL (annually)* ជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ផ្នែក LDL* (រៀងរាល់ឆ្នាំ)				
Cholesterol HDL (annually) ជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម ផ្នែក HDL (រៀងរាល់ឆ្នាំ)				
Triglycerides (annually) (រៀងរាល់ឆ្នាំ)				
Cholesterol check (annually) ជាតិខ្លាញ់ក្នុងឈាម (រៀងរាល់ឆ្នាំ)				
Urine check for protein (annually) ពិនិត្យទឹកនោម (រៀងរាល់ឆ្នាំ)				
Eye exam (annually) ពិនិត្យមើលភ្នែក (រៀងរាល់ឆ្នាំ)				
Dentist visit (every 6 months) ពិនិត្យធ្មេញ (រៀងរាល់ ៦ខែ)				
Flu shot (annually) ចាក់ថ្នាំការពារផ្តាសាយធំ (រាល់ឆ្នាំ)				
Pneumonia shot (seniors) ចាក់វ៉ាក់សាំងការពារ រោគរលាកសួត(អាយុ ៦៥+)				

* រៀងរាល់ ២ឆ្នាំមើលលទ្ធផលធ្លាក់ក្រោមកំរិតគ្រោះថ្នាក់ទាប

គន្លឹះសំគាល់ពិនិត្យប
 < ពិចជាង > ធំជាង