



အင်ဒီယားနားပြည်နယ် မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးရေး(NBS)
အစီအစဉ်အတွက် ရောဂါအခြေအနေ အဆိုပြုချက် တင်သွင်းခြင်း
ပြည်နယ်ဖောင်ပုံစံ 57125-B (R3 / 8-26)
အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန

အဆိုပြုချက်တင်သွင်းသည့်နေ့
(လရက်နှစ်):

အမည်စာရင်းတင်သွင်းခြင်းအား ခြုံငုံသုံးသပ်ချက်	
အပိုင်း ၁ - အဆိုပြုချက်တင်သွင်းသူ	
အမည်	အဖွဲ့အစည်း (သက်ဆိုင်ပါက)
အလုပ်အကိုင် (ကျန်းမာရေးပညာရှင်၊ သုတေသနပညာရှင်၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာပညာရှင်၊ ရှေ့နေ အစရှိသဖြင့်)	
လိပ်စာ (အိမ်အမှတ်၊ လမ်းအမည်၊ မြို့၊ လမ်း၊ ပြည်နယ်နှင့် ဇစ်ကုတ်)	
အီးမေးလ်လိပ်စာ	ဖုန်းနံပါတ်
အပိုင်း(၁) - တွဲဖက်ပံ့ပိုးသူ (တွဲဖက်ပံ့ပိုးသူလိုအပ်ပါသည်။ ထိုသူသည် အခြားအလုပ်အကိုင် သို့မဟုတ် အခြားသောအဖွဲ့အစည်းမှ ဖြစ်ရပါမည်။) (တစ်ဦးချင်း ဆောင်ရွက်လိုသူများအနေဖြင့် ဤဖောင်ပုံစံကို လက်တွေ့ကျကျ ဖြည့်သွင်းနိုင်ရန်အတွက် ကျန်းမာရေးပညာရှင်၊ သုတေသနပညာရှင်၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာပညာရှင်၊ ရှေ့နေအဖွဲ့တို့နှင့် ဆက်သွယ်သင့်ပါသည်။)	
အမည်	အဖွဲ့အစည်း (သက်ဆိုင်ပါက)
အလုပ်အကိုင် (ကျန်းမာရေးပညာရှင်၊ သုတေသနပညာရှင်၊ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာပညာရှင်၊ ရှေ့နေ အစရှိသဖြင့်)	
လိပ်စာ (အိမ်အမှတ်၊ လမ်းအမည်၊ မြို့၊ လမ်း၊ ပြည်နယ်နှင့် ဇစ်ကုတ်)	
အီးမေးလ်လိပ်စာ	ဖုန်းနံပါတ်
အပိုင်း ၂ - အချက်အလက်များအား ပြန်လည်တင်သွင်းခြင်း	
အင်ဒီယားနားပြည်နယ်၏ မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးခြင်းတွင် ဤအခြေအနေကို ယခင်က တင်သွင်းခဲ့ဖူးပါသလား။ ☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မသေချာပါ	ယခင်ကနောက်ဆုံးတင်သွင်းခဲ့သော ရက်စွဲ (လ/ရက်/နှစ်) *အဆိုပြုချက်အခြေအနေများကို နောက်ဆုံးတင်သွင်းခဲ့သည့် အချိန်မှ (၁)လအတွင်း ပြန်လည်တင်သွင်းခွင့်မရှိပါ။
ယခုအခါတွင် မည်သည့်အချက်နှင့် စံနှုန်းများက အချက်အလက်များ ပိုမိုရရှိပါသနည်း။ ☐ စံနှုန်း ၁ (ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းလင်းပါ)- ☐ စံနှုန်း ၂ (ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းလင်းပါ)- ☐ စံနှုန်း ၃ (ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းလင်းပါ)- ☐ စံနှုန်း ၄ (ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းလင်းပါ)- ☐ စံနှုန်း ၅ (ကျေးဇူးပြု၍ ရှင်းလင်းပါ)-	
အပိုင်း ၄ - အဆိုပြုချက်အခြေအနေအား ခြုံငုံသုံးသပ်ခြင်း	
အဆိုပြုထားသောအခြေအနေ	အခြားအမည်များ
အခြေအနေဖော်ပြချက်	
အခြေအနေအမျိုးအစား	သက်ရောက်မှုရှိသော မျိုးရိုးဗီဇ၊ တည်နေရာ (သက်ဆိုင်ပါက)
ဖြစ်ရပ်	

အကြံပြုထားသော Universal Screening Panel (RUSP) အခြေအနေ

☐ RUSP ၏ အဓိကအခြေအနေ ယခင်ကအဆိုပြုချက်တင်သွင်းခဲ့သော်လည်း RUSPသို့ထည့်သွင်းထားခြင်းမရှိပါ

☐ RUSP ၏ ဒုတိယအဆင့်အခြေအနေ ☐ မွေးကင်းစ နှင့် ကလေးငယ်များတွင် မျိုးရိုးလိုက်၍ ဖြစ်ပေါ်နိုင်သော ရောဂါများဆိုင်ရာအကြံပေးကော်မတီ (ACHDNC)မှ အဆိုပြုထားသော အခြေအနေ

☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ

နမူနာအမျိုးအစားများ

☐ အခြောက်ခံထားသောသွေးစက်

☐ သလိပ်

☐ ဆီး

☐ ကုသမှုနေရာတွင် စစ်ဆေးခြင်း

☐ အခြား- _____

အကျိုးစီးပွား ပဋိပက္ခဖော်ပြချက်များ

ဤဖောင်ပုံစံကို အင်ဒီယားနားပြည်နယ် မွေးကင်းစကလေး စစ်ဆေးရေးအဖွဲ့တွင် အဆိုပြုချက်တင်သွင်းသူ(များ)သည် ကိုယ်ပိုင်အကျိုးစီးပွားအတွက် သို့မဟုတ် ဘဏ္ဍာရေးအရ အကျိုးအမြတ်ရရှိနိုင်မည့် အဖွဲ့အစည်းတစ်ခုတွင် အရာရှိ သို့မဟုတ် ဒါရိုက်တာအဖြစ် ဆောင်ရွက်သည့်အခါ ဖြစ်ပေါ်လာနိုင်သည့် အကျိုးစီးပွားပဋိပက္ခကို ညွှန်ပြရန် အသုံးပြုသင့်သည်။ အဆိုပြုချက်တင်သွင်းသူ(များ)သည် အကျိုးစီးပွားပဋိပက္ခကို ဖြစ်ပေါ်စေနိုင်သည့် ပုဂ္ဂိုလ်ရေး၊ စီးပွားရေး သို့မဟုတ် စေတနာ့ဝန်ထမ်း ဆက်နွယ်မှုများကိုလည်း ထုတ်ဖော်ပြောဆိုသင့်သည်။

မှတ်ချက်- အကျိုးစီးပွားပဋိပက္ခသည် အဆိုပြုချက်တင်သွင်းသူ(များ)သည် ၎င်းတို့၏ဆွေမျိုးသားချင်း (မိဘ ၊ ဘိုးဘွား အစရှိသည်) ၊ ဆက်နွယ်မှု (သို့) အဆိုပြုချက်တင်သွင်းသူအား ငွေရေးကြေးရေးအရ သို့မဟုတ် အခြားနည်းလမ်းများအရ တိုက်ရိုက်အကျိုးရှိစေမည့် အခြေအနေများတွင် ဖြစ်ပေါ်ပါသည်။

အကျိုးစီးပွားပဋိပက္ခတစ်ခုကို ထုတ်ဖော်ခြင်းသည် အင်ဒီယားနားပြည်နယ် မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးရေး အစီအစဉ်သို့ တင်သွင်းထားသော အဆိုပြုချက်ကို ထည့်သွင်းမစဉ်းစားခြင်း မဟုတ်ပါ။ ထိုအစား အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန နှင့် အဆိုပြုချက် တင်သွင်းသူ(များ)အကြား ထပ်ဆောင်းဆွေးနွေးမှုများကို ဆောင်ရွက်မည်ဖြစ်ပါသည်။ အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာနသည် အကျိုးစီးပွားပဋိပက္ခရှိသော မည်သူမဆိုထံမှ အဆိုပြုချက်တင်သွင်းမှုကို လက်ခံရန် ငြင်းဆန်နိုင်သည်။

- ☐ ကျွန်ုပ်၊ အဆိုပြုချက်တင်သွင်းသူ ၊ ကျွန်ုပ်၏အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်တို့သည် အကျိုးစီးပွားပဋိပက္ခ(များ) အစီရင်ခံတင်ပြရန် မရှိပါ။
- ☐ ကျွန်ုပ်၊ အဆိုပြုချက်တင်သွင်းသူ ၊ ကျွန်ုပ်၏အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်တို့သည် အောက်ဖော်ပြပါ အကျိုးစီးပွားပဋိပက္ခ(များ)ကို အစီရင်ခံတင်ပြရန် ရှိပါသည်။ (အောက်တွင် ဖော်ပြပါ):
- ☐ ကျွန်ုပ်၊ တွဲဖက်ပံ့ပိုးသူ ၊ ကျွန်ုပ်၏အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်တို့သည် အကျိုးစီးပွားပဋိပက္ခ(များ) အစီရင်ခံတင်ပြရန် မရှိပါ။
- ☐ ကျွန်ုပ်၊ တွဲဖက်ပံ့ပိုးသူ ၊ ကျွန်ုပ်၏အဖွဲ့အစည်း သို့မဟုတ် မိသားစုဝင်တို့သည် အောက်ဖော်ပြပါ အကျိုးစီးပွားပဋိပက္ခ(များ)ကို အစီရင်ခံတင်ပြရန် ရှိပါသည်။ (အောက်တွင် ဖော်ပြပါ)

မှန်ကန်ကြောင်းထောက်ခံချက်

အထက်တွင် ဖော်ပြထားသော အချက်အလက်များသည် အပြည့်အဝ မှန်ကန်ကြောင်း ထောက်ခံအသိအမှတ်ပြုပါသည်။	
အဆိုပြုချက်တင်သွင်းသူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)
တွဲဖက်ပံ့ပိုးသူ၏ လက်မှတ်	ရက်စွဲ (လ/ရက်/နှစ်)

အခြေအနေတစ်ခု၏ သတ်မှတ်ထားသော စစ်ဆေးမှုအတွက် စံသတ်မှတ်ချက်

ဆပ်ကော်မတီမှ အကဲဖြတ်ခြင်းနှင့် ပြန်လည်သုံးသပ်ခြင်းမပြုမီ စံသတ်မှတ်ချက် ငါးခုစလုံးနှင့် ကိုက်ညီသင့်သည်။ ကျေးဇူးပြု၍ စေ့စေ့စပ်စပ်ဖြင့် ပြီးပြည့်စုံသော တုံ့ပြန်မှုများ ဖြစ်စေရန် ဆောင်ရွက်ပါ။

စံသတ်မှတ်ချက် ၁- မွေးကင်းစကလေးငယ်များအား မဖြစ်မနေ စမ်းသပ်စစ်ဆေးခြင်းကို ကလေးအရွယ်တွင် ပြင်းထန်သော ကျန်းမာရေးအန္တရာယ်များကို ဖြစ်စေနိုင်ပြီး စောလျင်စွာစစ်ဆေးမှုမပြုလုပ်ခဲ့ပါက ရောဂါရှာဖွေတွေ့ရှိရန်ခက်ခဲပြီး ကာကွယ်ကုသမှု မပြုနိုင်သော အခြေအနေများကိုသာ ကန့်သတ်၍ ဆောင်ရွက်သင့်ပါသည်။

ဤအခြေအနေတွင် မွေးကင်းစကလေးငယ်ကို စစ်ဆေးခြင်းမပြုပါက ရောဂါလက္ခဏာများမပြဘဲ အချိန်တစ်ခုရောက်မှသာ ဆိုးရွားသော ကျန်းမာရေးအန္တရာယ်များကို ဖြစ်စေနိုင်ပါသည်။

☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မသေချာပါ

ရောဂါလက္ခဏာများ ပေါ်လာသည့်အခါတွင် ကျရောက်နိုင်သည့် ကျန်းမာရေးအန္တရာယ်များနှင့် ရောဂါလက္ခဏာများ ပေါ်လာနိုင်သည့်အချိန်ကို ရှင်းပြပါ။

စံသတ်မှတ်ချက် 2- မွေးကင်းစကလေးငယ်များကို စစ်ဆေးခြင်းဖြင့် အင်ဒီယားနားပြည်နယ် လူနာများအားလုံးအတွက် ဘေးကင်း ထိရောက်မှုရှိပြီး အတည်ပြုထားသော ကုသမှုရွေးချယ်စရာများ ရှိသင့်သည်။

အင်ဒီယားနားပြည်နယ် လူနာများအားလုံးအတွက် ဘေးကင်းလုံခြုံသော၊ ထိရောက်သော၊ အတည်ပြုထားသော ကုသမှုနည်းလမ်း(များ) ရှိပါသလား။

☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မသေချာပါ

ကုသမှုနည်းလမ်း(များ)ကို အောက်တွင်ရှင်းပြပါ။

စံသတ်မှတ်ချက် 3- မွေးကင်းစကလေးငယ်တိုင်းအား စစ်ဆေးခြင်းသည် တတ်နိုင်သော၊ ဖြစ်နိုင်သောနှင့်တိကျသော အခြေအနေများရှိသင့်သည်။

စစ်ဆေးခြင်းသည် တတ်နိုင်သော၊ ဖြစ်နိုင်သောနှင့်တိကျသော အခြေအနေများရှိပါသလား။

☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မသေချာပါ

ကျေးဇူးပြု၍ စစ်ဆေးမှုအသေးစိတ်ကို ဖော်ပြပါ။ (ဥပမာ - ကုန်ကျစရိတ်၊ နည်းလမ်း၊ တိကျမှု၊ အာရုံစိုက်မှု၊ အပြုသဘောဆောင်သော ကြိုတင်ခန့်မှန်းမှုတန်ဖိုး)

စံသတ်မှတ်ချက် 4- မွေးကင်းစကလေးငယ်အား စစ်ဆေးမှုမှတစ်ဆင့် ခွဲခြားသတ်မှတ်ထားသည့် အခြေအနေများတွင် လူနာအားလုံးအတွက် အကျိုးရှိနိုင်သည့် အတည်ပြုချက်စမ်းသပ်မှုတစ်ခု ရှိသင့်သည်။

ဤအခြေအနေအတွက် FDA မှ အသိအမှတ်ပြုထားသော အတည်ပြုချက်စမ်းသပ်မှုတစ်ခု အင်ဒီယားနားပြည်နယ်မှ လူနာအားလုံးအတွက် အကျိုးရှိပါသလား၊ အာလုံးအတွက် အသုံးပြုနိုင်ပါသလား။

☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မသေချာပါ

အတည်ပြုစမ်းသပ်ခြင်း နည်းလမ်း(များ) ကိုရှင်းပြပါ (ဥပမာ၊ နည်းလမ်း၊ ကုန်ကျစရိတ်၊ အာမခံအကျိုးဝင်မှု၊ အတည်ပြုစမ်းသပ်မှုကို လုပ်ဆောင်နိုင်သောဆေးခန်း/ဓာတ်ခွဲခန်း၏ တည်နေရာ)-

အခြေအနေတစ်ခု၏ သတ်မှတ်ထားသော စစ်ဆေးမှုအတွက် စံသတ်မှတ်ချက် (အဆက်)

စံသတ်မှတ်ချက် 5- လူနာအားလုံးသည် ရေရှည်စီမံခန့်ခွဲမှုနှင့် စောင့်ရှောက်ခြင်းကို အလွယ်တကူ ရရှိသင့်ပြီး လူနာများ၏ လူနေမှုဘဝအရည်အသွေး တိုးတက်စေရန် ဆောင်ရွက်သင့်ပါသည်။

အင်ဒီယားနားပြည်နယ်မှ လူနာအားလုံးသည် ရေရှည်စီမံခန့်ခွဲမှုနှင့် စောင့်ရှောက်ခြင်းအခြေအနေကို ရရှိပါသလား။

☐ ဟုတ်ပါသည် ☐ မဟုတ်ပါ ☐ မသေချာပါ

ဤအခြေအနေအတွက် လိုအပ်သော ရေရှည်စီမံခန့်ခွဲမှုနှင့် စောင့်ရှောက်မှုများကို ဖော်ပြပါ။

အဓိက ရည်ညွှန်းချက်များ ဤပုံစံကို ဖြည့်စွက်ရန် အသုံးပြုသော သက်ဆိုင်ရာထုတ်ဝေမှုများ၊ ဆောင်းပါးများသို့မဟုတ် ဝက်ဘ်ဆိုက်များကို ဖော်ပြပါ။

၁.
၂.
၃.
၄.
၅.
၆.
၇.
၈.
၉.
၁၀.

အနာဂတ်ခြေလှမ်းများ- ဖြည့်စွက်လက်မှတ်ထိုးပြီး အဆိုပြုလွှာကို တင်သွင်းခြင်း

အီးမေးလ်မှတစ်ဆင့်-

NewbornScreening@health.in.gov

စာတိုက်မှတစ်ဆင့်-

အင်ဒီယားနားပြည်နယ် ကျန်းမာရေးဌာန၊

မျိုးရိုးဗီဇနှင့်

မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးရေးဌာန-

မျိုးရိုးဗီဇနှင့်

မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးရေးဌာနဒါရိုက်တာ

2 N. Meridian St. Indianapolis, IN

46204

မျိုးရိုးဗီဇနှင့် မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးရေးဌာနဒါရိုက်တာသည် သင်၏အဆိုပြုလွှာ လက်ခံရရှိကြောင်းကို လုပ်ငန်းရက်(၃)ရက်အတွင်း အတည်ပြုမည်ဖြစ်ပြီး လိုအပ်သော အချက်အလက်များကိုလည်း ထပ်မံတောင်းခံနိုင်ပါသည်။ တင်သွင်းသော အဆိုပြုလွှာများကို Indiana Perinatal Quality Improvement Collaborative ၏ Perinatal Genetics & Genomics မှ သုံးသပ်မည်ဖြစ်ပြီး ဆက်လက်လုပ်ဆောင်မည့်နည်းလမ်းများကို ဆုံးဖြတ်မည်ဖြစ်ပါသည်။ လုပ်ငန်းစဉ်တစ်လျှောက် တိုးတက်မှုများကို မျိုးရိုးဗီဇနှင့် မွေးကင်းစကလေးစစ်ဆေးရေးဌာန ဝက်ဘ်ဆိုက်ဖြစ်သည့် www.nbs.in.gov တွင် ဖတ်ရှုနိုင်ပါသည်။