



លិខិតជូនចំពោះមាតាបិតាដើម្បីស្នើសុំឲ្យបំពេញហ្វ្រមពាក់ព័ន្ធនឹង
ការស្នើសុំជំនួយនៅសាលារៀនអំពីបញ្ហាសុខភាពរបស់សិស្ស

Letter to parents requesting completion of *Request for support at school of a student's health condition*

ជូនចំពោះមាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល

លោកអ្នកបាននិយាយថាកូនរបស់លោកអ្នកមានបញ្ហាសុខភាពដែលអាចតម្រូវឲ្យមានជំនួយនៅសាលារៀន។ ថ្វីបើមុខនាទីសំខាន់របស់សាលារៀនគឺផ្តល់នូវការសិក្សាក៏ដោយ ក៏យើងចង់ធ្វើការជាមួយលោកអ្នកដើម្បីរក្សាកូនរបស់លោកអ្នកឲ្យមានសុខភាពល្អ និងសុវត្ថិភាពនៅសាលារៀនដែរ។ សូមបំពេញហ្វ្រម ការស្នើសុំជំនួយនៅសាលារៀនអំពីបញ្ហាសុខភាពរបស់សិស្ស (*Request for support at school of a student's health condition*) ដែលភ្ជាប់មកជាមួយនេះជាភាសាអង់គ្លេស ហើយបញ្ជូនត្រឡប់មកឲ្យខ្ញុំវិញ។ លោកអ្នកគួរតែបំពេញហ្វ្រមនេះស្របទៅលើមូលដ្ឋានព័ត៌មានដែលបានផ្តល់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នក។ (លោកអ្នកអាចពិភាក្សាអំពីព័ត៌មានដែលតម្រូវឲ្យមានជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នក)។ ហ្វ្រមនេះមានរួមបញ្ចូលនូវផ្នែកទាំងឡាយដែលលោកអ្នកអាចស្នើសុំការចាត់ចែងថ្នាំពេទ្យ និង/ឬជំនួយដទៃទៀត។

ពេលណាខ្ញុំបានទទួលការស្នើសុំជំនួយពីលោកអ្នក ខ្ញុំនឹងត្រូវការពិភាក្សារឿងនេះជាមួយបុគ្គលិកដែលទាក់ទង ហើយបន្ទាប់មកខ្ញុំនឹងទាក់ទងជាមួយលោកអ្នកសាជាថ្មីទៀត។

សូមផ្តល់ដំណឹងមកខ្ញុំនៅពេលណាមួយក៏បាន ប្រសិនបើមានការផ្លាស់ប្តូរនៅក្នុងព័ត៌មាននោះអំពីសេចក្តីត្រូវការមើលថែសុខភាពរបស់កូនលោកអ្នក ឬប្រសិនបើខ្ញុំអាចជួយលោកអ្នកបានក្នុងបែបណាមួយ។

ប្រសិនបើលោកអ្នកត្រូវការអ្នកបកប្រែភាសាដើម្បីជួយលោកអ្នកទាក់ទងសាលារៀន សូមទូរស័ព្ទទៅកិច្ចបំរើអ្នកបកប្រែភាសាតាមទូរស័ព្ទលេខ 131 450 ហើយស្នើសុំអ្នកបកប្រែភាសាជាភាសារបស់លោកអ្នក។ អ្នកបកប្រែភាសានោះនឹងទូរស័ព្ទមកសាលារៀន ហើយជួយបកប្រែការសន្ទនារបស់លោកអ្នកតាមទូរស័ព្ទ។ គេនឹងមិនគិតថ្លៃលោកអ្នកចំពោះកិច្ចបំរើនេះឡើយ។

ដោយនូវសេចក្តីគោរពយ៉ាងស្មោះស្ម័គ្រអំពីខ្ញុំ

ឈ្មោះនាយកសាលា _____
Name of Principal

ហត្ថលេខានាយកសាលា _____
Signature of Principal

ថ្ងៃទី _____
Date



ព័ត៌មានទូទៅ (General information)

ឈ្មោះកុមារ _____ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត _____
Name of child Date of birth

ចុះឈ្មោះចូលរៀននៅសាលារៀននេះ បាទ/ចាស់ (Yes) ទេ (No) ថ្នាក់រៀន បើសិនចុះឈ្មោះក្នុងពេលបច្ចុប្បន្ន _____
Class if enrolled

សាលារៀនបច្ចុប្បន្ន បើសិនមិនបានចុះឈ្មោះទេ _____
Current school if not enrolled

ព័ត៌មានទាក់ទងមាតាបិតា/អាណាព្យាបាល (Parent/carer contact information)

មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាលទី១ (Parent or carer 1)

ឈ្មោះ: _____
Parent name

ទំនាក់ទំនងទៅនឹងកុមារ ឧទាហរណ៍ ម្តាយ _____
Relationship to child

អាសយដ្ឋាន _____
Address

ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ: _____ ទូរស័ព្ទនៅកន្លែងធ្វើការ: _____
Home phone Work phone

ទូរស័ព្ទចល័ត _____
Mobile phone

មាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាលទី២ (Parent or carer 2)

ឈ្មោះ: _____
Parent name

ទំនាក់ទំនងទៅនឹងកុមារ ឧទាហរណ៍ ម្តាយ _____
Relationship to child

អាសយដ្ឋាន _____
Address

ទូរស័ព្ទនៅផ្ទះ: _____ ទូរស័ព្ទនៅកន្លែងធ្វើការ: _____
Home phone Work phone

ទូរស័ព្ទចល័ត _____
Mobile phone

របាយការណ៍ទាក់ទងរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត (Medical practitioner contact)

ឈ្មោះ: _____
Name of medical practitioner

អាសយដ្ឋាន _____
Address of medical practitioner

ទូរស័ព្ទ _____
Phone

ស រាងការណ៍សុខភាព/ការព្យាបាល (Health/medical condition) (សូមពិពណ៌នា)

តើបញ្ហានេះអាចនាំទៅរកស្ថានភាពអាសន្នបានឬទេ? បាទ/ចាស់ (Yes) ទេ (No)
Could this condition result in an emergency situation occurring?

ការស្នើសុំឱ្យចាក់ថែងថ្នាំពេទ្យដល់សិស្ស (Request to administer prescribed medication to the student)

(សូមកត់សំគាល់: ប្រសិនបើកូនរបស់លោកអ្នកត្រូវការថ្នាំពេទ្យលើសពីមួយមុខ សូមដាក់ភ្ជាប់មកជាមួយនូវការស្នើសុំដោយឡែក សំរាប់ថ្នាំព្យាបាលនីមួយៗ)។

ឈ្មោះថ្នាំពេទ្យ _____
Name of prescribed medication

ឈ្មោះនៃបញ្ហាសុខភាពដែលកំពុងត្រូវការថ្នាំព្យាបាល _____
Name of medical condition the prescription is treating

កម្រិតថ្នាំពេទ្យដែលត្រូវប្រើ _____
Prescribed dosage

តើលោកអ្នកស្នើសុំឱ្យសាលារៀនធ្វើអ្វីខ្លះ? _____
What the school is being requested to do

តើមានការតម្រូវឱ្យទុកដាក់ពិសេសណាមួយឬទេ ឧទាហរណ៍ ទុកដាក់ក្នុងទូរទឹកកក? _____
Special storage requirements if any

សេចក្តីណែនាំពិសេសសំរាប់ការចាក់ថែងថ្នាំពេទ្យ ឧទាហរណ៍ ត្រូវលេបនៅពេលញឹកញាប់បំផុត ឬជាមួយទឹកមួយពែង _____

Special instructions for administering the medication

ចេញពីព័ត៌មានដែលលោកអ្នកបានទទួលពីវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នក ឬតាមការយល់ដឹងរបស់លោកអ្នកផ្ទាល់ តើលោកអ្នកបានដឹងថាថ្នាំពេទ្យនេះ
មានផលរំលោភបំពានឬទេ? (Any side effects?) បាទ/ចាស៍ (Yes) ទេ (No)

ប្រសិនបើមាន សូមផ្តល់ព័ត៌មានបន្ថែមទៀត _____
Information on side effects of medication, if any

ប្រសិនបើកូនលោកអ្នកជាអ្នកប្រើថ្នាំព្យាបាលដោយខ្លួនឯងនៅផ្ទះ តើលោកអ្នកស្នើសុំឱ្យកូនរបស់លោកអ្នកប្រើថ្នាំព្យាបាលដោយខ្លួនឯងនៅសាលា
រៀនឬទេ? (Do you request that your child self administers?) បាទ/ចាស៍ (Yes) ទេ (No)

(សូមកត់សំគាល់: នាយកសាលាត្រូវការអនុញ្ញាតយល់ព្រម ចំពោះការសម្រេចឱ្យកូនធ្វើជាអ្នកចាក់ថែងថ្នាំព្យាបាលដោយខ្លួនឯង)។
(Note: The Principal needs to approve a decision for a child to self administer.)

ប្រសិនបើកូនរបស់លោកអ្នកជាអ្នកចាក់ថែងថ្នាំព្យាបាលដោយខ្លួនឯងនៅផ្ទះ តើកម្រិតនៃការគាំទ្របែបណាដែលលោកអ្នកផ្តល់ឱ្យ? (សូមពិពណ៌នា)

Description of parental support of child's self administration, if any

ឈ្មោះជនដែលនឹងនាំយកថ្នាំព្យាបាលមកសាលារៀន _____
Name of person who will carry the medication to school

ការស្នើសុំជំនួយដទៃទៀត (Request for other support)

ហត្ថលេខាមាតាបិតា ឬអាណាព្យាបាល _____ ថ្ងៃទី _____
Parent or carer signature Date

ព័ត៌មានអំពីភាពជាឯកជន (Privacy Notice)

ព័ត៌មានដែលស្នើសុំនៅលើប្លង់នេះ ជាការសំខាន់ចាំបាច់សំរាប់ជួយដល់សាលារៀនឱ្យរៀបចំគំរោងសំរាប់ជំនួយលើសេចក្តីត្រូវការផ្នែកសុខភាពរបស់កូន
លោកអ្នក។ ព័ត៌មាននេះនឹងត្រូវត្រួតពិនិត្យ និងហ្វឹកហ្វឺនដោយសាលារៀនសំរាប់ការបង្កើតនូវការរៀបចំជាមួយលោកអ្នក ដើម្បីជួយគាំទ្រលើសេចក្តី
ត្រូវការផ្នែកសុខភាពរបស់កូនលោកអ្នក។ ការផ្តល់នូវព័ត៌មាននេះជាការស្ម័គ្រចិត្តទេ។ ប្រសិនបើលោកអ្នកមិនផ្តល់ឱ្យរាល់ព័ត៌មានទាំងអស់ នៃព័ត៌មានទេនោះ
សមត្ថភាពរបស់សាលារៀនដើម្បីជួយផ្គត់ផ្គង់លើសេចក្តីត្រូវការផ្នែកសុខភាពរបស់កូនលោកអ្នកនឹងអាចមានការអន់ថយ។ ព័ត៌មាននេះនឹងបានរក្សាទុកដោយ
សុវត្ថិភាព។ លោកអ្នកអាចតែតម្រូវត្រង់ពេលទាំងអស់នូវព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនណាមួយ ដែលលោកអ្នកបានផ្តល់ឱ្យសាលា ដោយទាក់ទងជាមួយនាយកសាលា។