

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ



ក្រសួងសុខាភិបាល

និតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារសម្រាប់៖

- ✓ ការជូនដំណឹងពីកំណើតរស់
- ✓ ការជូនដំណឹងពីមរណភាព
- ✓ ការកត់ត្រាទារកស្លាប់កើត
- ✓ ការបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រអំពីមូលហេតុមរណភាព (MCCD)
- ✓ ការកំណត់កូដមរណភាព ICD



នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល  
ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ២០២៣



ក្រសួងសុខាភិបាល

លេខ.០០០៥...អ.បក/ន.ព.ស

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា**  
**ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**  
~\*~

**សេចក្តីសម្រេច**  
**ស្តីពី**

**ការដាក់ឱ្យអនុវត្តនូវប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល**  
**និងនីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារសម្រាប់ការជូនដំណឹងពីកំណើតរស់**  
**មរណភាព ការកត់ត្រាទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាព និងទារកស្លាប់កើត**



**រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល**

- បានឃើញរដ្ឋធម្មនុញ្ញនៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
- បានឃើញព្រះរាជក្រឹត្យលេខ នស/រកត/០៨២៣/១៩៨១ ចុះថ្ងៃទី២២ ខែសីហា ឆ្នាំ២០២៣ ស្តីពីការតែងតាំងរាជរដ្ឋាភិបាល នៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា
- បានឃើញព្រះរាជក្រមលេខ នស/រកម/០៦១៨/០១២ ចុះថ្ងៃទី២៨ ខែមិថុនា ឆ្នាំ២០១៨ ដែលប្រកាសឱ្យប្រើច្បាប់ស្តីពីការរៀបចំ និងការប្រព្រឹត្តទៅនៃគណៈរដ្ឋមន្ត្រី
- បានឃើញព្រះរាជក្រមលេខ នស/រកម/០១៩៦/០៦ ចុះថ្ងៃទី២៤ ខែមករា ឆ្នាំ១៩៩៦ ដែលប្រកាសឱ្យប្រើច្បាប់ស្តីពីការបង្កើតក្រសួងសុខាភិបាល
- បានឃើញព្រះរាជក្រមលេខ នស/រកម/០៧២៣/០០៩ ចុះថ្ងៃទី០១ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០២៣ ដែលប្រកាសឱ្យប្រើច្បាប់ស្តីពីអត្រានុកូលដ្ឋាន ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន និងអត្តសញ្ញាណកម្ម
- បានឃើញអនុក្រឹត្យលេខ ៦៧ អនក្រ.បក ចុះថ្ងៃទី២២ ខែតុលា ឆ្នាំ១៩៩៧ ស្តីពីការរៀបចំ និងការប្រព្រឹត្តទៅរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល
- យោងតាមតម្រូវការចាំបាច់របស់ក្រសួងសុខាភិបាល

**សម្រេច**

**ប្រការ១ .-**

ត្រូវបានដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថលដែលមានអាស័យដ្ឋាន [www.digitalncod.org](http://www.digitalncod.org) និងនីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់ការជូនដំណឹងពីកំណើតរស់ ការជូនដំណឹងមរណភាព ការកត់ត្រាទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាព និងទារកស្លាប់កើត នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និងឯកជន ដើម្បីរួមចំណែកក្នុងការកែលម្អអត្រានុកូលដ្ឋាន ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន ស្របតាមច្បាប់ស្តីពីអត្រានុកូលដ្ឋាន ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន និងអត្តសញ្ញាណកម្មដែលបានដាក់ឱ្យអនុវត្តនៅថ្ងៃទី០១ ខែកក្កដា ឆ្នាំ២០២៣។

**ប្រការ២ .-**

បទប្បញ្ញត្តិទាំងឡាយណាដែលផ្ទុយនឹងសេចក្តីសម្រេចនេះ ត្រូវទុកជានិរាករណ៍។

**ប្រការ៣ .-**

នាយកខុទ្ទកាល័យ អគ្គនាយករដ្ឋបាល និងហិរញ្ញវត្ថុ អគ្គនាយកបច្ចេកទេសសុខាភិបាល អគ្គាធិការ ក្រសួងសុខាភិបាល គ្រប់ប្រធាននាយកដ្ឋាន ប្រធានអង្គភាពក្រោមឱវាទក្រសួងសុខាភិបាល ត្រូវអនុវត្តតាម សេចក្តីសម្រេចនេះឱ្យមានប្រសិទ្ធភាព ចាប់ពីថ្ងៃចុះហត្ថលេខាតទៅ ។

ថ្ងៃ (៣១-១២០២៣) ខែ ១២ ឆ្នាំ ២០២៣ ឆ្នាំ ថោះ បញ្ចស័ក ព.ស. ២៥៦៧  
រាជធានីភ្នំពេញ ថ្ងៃទី ២៤ ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ ២០២៣



សាស្ត្រាចារ្យ **ឃាន វ៉ែ**

**កន្លែងទទួល៖**

- ទីស្តីការគណៈរដ្ឋមន្ត្រី
- ក្រសួងមហាផ្ទៃ
- អគ្គនាយកដ្ឋានអត្តសញ្ញាណកម្ម
- វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិវិទ្យាសាស្ត្រនៃក្រសួងផែនការ
- រដ្ឋបាលរាជធានី-ខេត្ត
- ដូចក្នុងប្រការ៣ "ដើម្បីអនុវត្ត"
- ឯកសារ-កាលប្បវត្តិ

## សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា សូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅដល់ក្រុមការងារបច្ចេកទេស ដែលមកពី នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល នាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ និងអង្គការ Vital Strategies ដែលបានធ្វើការ ដោយមិនគិតពីភាពនឿយហត់ ក្នុងការបង្កើត SOP នេះ។

ក្រសួងសុខាភិបាលសូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅរួមជាមួយការគោរព ចំពោះការផ្តល់អនុសាសន៍ ការណែនាំ និងផ្តល់ប្រឹក្សាប្រកបដោយគុណតម្លៃពី៖

- ឯកឧត្តមវេជ្ជបណ្ឌិត ឡូ វាសនាភីរី** រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល
- ឯកឧត្តមវេជ្ជបណ្ឌិត ហុក គឹមបេង** អគ្គនាយកបច្ចេកទេសក្រសួងសុខាភិបាល

ក្រសួងសុខាភិបាលសូមថ្លែងផងដែរចំពោះ ការខិតខំប្រឹងប្រែងឥតរួញព្រា និងការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់នាយកដ្ឋាន ផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល និងនាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ដែលជាអ្នកដឹកនាំផ្នែកបច្ចេកទេសក្នុងការបង្កើតនីតិវិធី ប្រតិបត្តិស្តង់ដារ (SOPs) សម្រាប់ការជូនដំណឹងកំណើត ការជូនដំណឹងពីមរណភាព ការជូនដំណឹងអំពីទារក ស្លាប់កើត ការបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រអំពីមូលហេតុនៃមរណភាព (MCCD) និងការកំណត់កូដមរណភាពដោយ ICD នៅ កម្ពុជា ដែលរួមមាន៖

- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **លី វិជ្ជាវណ្ណ** ប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **សុខ ស្រីន** ប្រធាននាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **បេន មុនី** អនុប្រធាន នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **សៅ សុគន្ធាណា** អនុប្រធាននាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **យ៉ង់ តារាវិទ្ធី** ប្រធានការិយាល័យព័ត៌មានសុខាភិបាល នៃនាយកដ្ឋាន ផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល

អង្គការ Vital Strategies៖

- លោក **Romain Santon** នាយករងប្រចាំតំបន់អាស៊ីនិងប៉ាស៊ីហ្វិក ផ្នែកអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **Nandalal Wijesekera** ទីប្រឹក្សាអង្គការ Vital Strategies
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **ហាន រតនសម្បត្តិ** មន្ត្រីសម្របសម្រួលប្រចាំប្រទេសកម្ពុជា

## មាតិកា

|  |     |
|--|-----|
| សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ.....   | i   |
| មាតិកា.....  | ii  |
| អក្សរកាត់.....   | iii |
| 1. សេចក្តីផ្តើម.....   | 1   |
| 2. គោលបំណង.....  | 2   |
| 3. ទម្រង់ និងប្រព័ន្ធទិន្នន័យ.....   | 2   |
| 4. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់ការជូនដំណឹងពីកំណើតរស់.....  | 3   |
| 5. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់ការជូនដំណឹងពីមរណភាព.....  | 4   |
| 6. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារសម្រាប់ការបញ្ជាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រអំពីមូលហេតុនៃមរណភាព (MCCD).....                     | 6   |
| 7. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់បំពេញលិខិតបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រមូលហេតុមរណភាព MCCD នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល..... | 9   |
| 8. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព ចំពោះការបញ្ជាក់ MCCD.....   | 11  |
| 9. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់មរណភាពរបស់ទារកទើបនឹងកើត.....  | 12  |
| 10. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់មរណភាពដែលត្រូវស៊ើបអង្កេតបន្ថែម.....  | 12  |
| 11. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់ការកំណត់កូដមរណភាព ICD.....   | 13  |
| 12. លំហូរទិន្នន័យ MCCD ទូទៅ.....   | 15  |
| 13. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់ទារកស្លាប់កើត.....   | 16  |
| 14. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់សវនកម្ម ការត្រួតពិនិត្យ ការតាមដាន និងការវាយតម្លៃ.....                        | 17  |
| 15. ឯកសារណែនាំដទៃទៀត.....  | 20  |
| 16. បញ្ជីឧបសម្ព័ន្ធ.....   | 21  |
| ឧបសម្ព័ន្ធទី១ - ទម្រង់លិខិតជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់.....   | 21  |
| ឧបសម្ព័ន្ធទី៣ - ទម្រង់ MCCD.....   | 23  |
| ឧបសម្ព័ន្ធទី៤ - ទម្រង់ទារកស្លាប់កើត.....   | 25  |
| ឧបសម្ព័ន្ធទី៥ - ទម្រង់អន្តរជាតិនៃលិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព (WHO ២០១៦).....                             | 27  |

## អក្សរកាត់

|        |  |
|--------|--|
| BN     | ការជូនដំណឹងអំពីកំណើត   |
| CR     | បញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន   |
| CRVS   | បញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន                |
| DN     | ការជូនដំណឹងពីមរណភាព  |
| DPHI   | នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល                          |
| eMCCD  | លិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាពតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិក |
| EMR    | កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រអេឡិចត្រូនិក                            |
| FD     | ទារកស្លាប់កើត  |
| GDI    | អគ្គនាយកដ្ឋានអគ្គសញ្ញាណកម្ម                                  |
| HF     | មូលដ្ឋានសុខាភិបាល  |
| ICD    | ការបែងចែកចំណាត់ប្រភេទជំងឺអន្តរជាតិ                           |
| ICD-10 | ការបែងចែកចំណាត់ប្រភេទជំងឺអន្តរជាតិ កំណែលើកទី ១០              |
| MCCD   | លិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព                        |
| MOH    | ក្រសួងសុខាភិបាល  |
| MOI    | ក្រសួងមហាផ្ទៃ  |
| MOP    | ក្រសួងផែនការ   |
| NCOD   | ការជូនដំណឹងតាមប្រព័ន្ធខ្ទីរដីថល និងមូលហេតុនៃមរណភាព           |
| NIS    | វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ  |
| NSCI   | គណៈកម្មាធិការជាតិដឹកនាំការងារ CRVS និងអគ្គសញ្ញាណកម្ម         |
| PHD    | មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត   |
| SOP    | នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ                                   |
| ToT    | ការបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្គោល                                    |
| UCOD   | មូលហេតុប្រសគល់នៃមរណភាព                                       |
| VA     | ការធ្វើកោសល្យវិច័យតាមរយៈការសួរសំណួរផ្ទាល់មាត់                |

# 1. សេចក្តីផ្តើម

ក្រសួងសុខាភិបាល (MOH) ក្នុងនាមជាសមាជិកគណៈកម្មាធិការជាតិដឹកនាំការងារបញ្ជីអត្រានុកូលដ្ឋាន ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន និងអត្តសញ្ញាណកម្ម (NSCI) ដែលដឹកនាំដោយឧបនាយករដ្ឋមន្ត្រី រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងមហាផ្ទៃ ដែលមានសមាជិកក្រសួងផែនការ ក្រសួងសុខាភិបាល និងគណៈកម្មាធិការបច្ចេកទេសជាតិ CRVS ដែលដឹកនាំ ដោយអគ្គនាយកនៃអគ្គនាយកដ្ឋានអត្តសញ្ញាណកម្ម (GDI) បានបំពេញការងារដើម្បីរួមចំណែកដល់ការកែលម្អ CRVS នៅប្រទេសកម្ពុជា។

នៅក្នុងបរិបទច្បាប់ស្តីពីអត្រានុកូលដ្ឋាន ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន និងអត្តសញ្ញាណកម្ម ក្រសួងសុខាភិបាល ដើរតួនាទីយ៉ាងសំខាន់ក្នុងការកែលម្អ CRVS រួមទាំងការជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់ ជូនដំណឹងពីមរណភាពការ ប្រមូលទិន្នន័យមូលហេតុនៃមរណភាព និងទារកស្លាប់កើតផងដែរ។ ជារួមក្រសួងសុខាភិបាលនឹងផ្តល់អន្តរាគមន៍ សំខាន់ៗ ជាពិសេសការបង្កើតកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្របុគ្គល ដែលនឹងក្លាយជាមូលដ្ឋានគ្រឹះនៃកំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្រ អេឡិចត្រូនិក (EMR) ដើម្បីកត់ត្រាទិន្នន័យ ដូចខាងក្រោម៖

- កំណើតរស់ និងបញ្ជូនទិន្នន័យពីកំណើតរស់ទៅកាន់មន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានមានសមត្ថកិច្ច
- មរណភាព និងបញ្ជូនទិន្នន័យពីមរណភាពទៅកាន់មន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានមានសមត្ថកិច្ច
- មូលហេតុនៃមរណភាព និងមូលហេតុប្រសិទ្ធភាពនៃមរណភាព (Underline Cause of Death : UCOD)
- បញ្ជូនទិន្នន័យមូលហេតុនៃមរណភាពទៅកាន់មន្ត្រីអត្រានុកូលដ្ឋានមានសមត្ថកិច្ច
- កត់ត្រា និងបញ្ជូនទិន្នន័យទារកស្លាប់កើតទៅកាន់វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS)

នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល នៃក្រសួងសុខាភិបាល ដោយមានការគាំទ្រពីអង្គការ Vital Strategies បានរៀបចំវគ្គបណ្តុះបណ្តាលគ្រូបង្គោល (ToT) ស្តីពីការបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រអំពីមូលហេតុនៃមរណភាព វគ្គទីមួយ ដែលធ្វើឡើងចាប់ពីថ្ងៃទី ១៥ ដល់ ១៩ ខែសីហា ឆ្នាំ២០២២ សម្រាប់ក្រុមការងារក្រសួងសុខាភិបាល និង មន្ទីរពេទ្យជាតិ។ វគ្គទីពីរ ធ្វើឡើងចាប់ពីថ្ងៃទី ២១ ដល់ ២៣ ខែមិថុនា ឆ្នាំ២០២២ សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យខេត្ត និងវគ្គទីបី ធ្វើឡើងចាប់ពីថ្ងៃទី ២០ ដល់ ២១ ខែមីនា ឆ្នាំ២០២៣ សម្រាប់មន្ទីរពេទ្យខេត្ត។ ការបណ្តុះបណ្តាលនៅវគ្គទីមួយ និងវគ្គទីពីរ ត្រូវបានផ្តល់ជូនដោយទីប្រឹក្សាអង្គការ Vital Strategies សហការសម្របសម្រួលដោយ នាយកដ្ឋាន ផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល និងមន្ត្រីសម្របសម្រួលប្រចាំប្រទេសនៃអង្គការ Vital Strategies។

នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល បានបង្កើតឯកសារទស្សនាទាន សម្រាប់បង្កើតឧបករណ៍ឌីជីថល ហៅថាការជូនដំណឹងតាមប្រព័ន្ធឌីជីថល និងមូលហេតុនៃមរណភាព (NCOD) ដើម្បីកត់ត្រា និងរាយការណ៍ អំពីទិន្នន័យតាមករណី ដូចខាងក្រោម៖

- កំណើតរស់នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងជូនដំណឹងពីកំណើតរស់
- ទិន្នន័យមរណភាព ដែលចាំបាច់សម្រាប់ជូនដំណឹងពីមរណភាព
- ការបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រពីមូលហេតុនៃមរណភាព (MCCD)
- បញ្ជូនទិន្នន័យពីទម្រង់ MCCD ទៅក្រុមការងារដាក់កូដមរណភាពថ្នាក់ជាតិ ដើម្បីកំណត់មូលហេតុ ប្រសិទ្ធភាពចុងក្រោយនៃមរណភាព (Final Underlying Cause of Death: FUCOD) ដោយប្រើវិធាន កំណត់កូដមរណភាពនៃ ICD (ប្រើប្រាស់ ICD10 rule)។
- ទារកស្លាប់កើត នៅតាមមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដោយផ្អែកលើទិន្នន័យអប្បបរមាដែលត្រូវការសម្រាប់ ផលិតរបាយការណ៍ស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានដោយវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS)។

ប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល សម្រាប់ការជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់ មរណភាព ការកត់ត្រាទិន្នន័យ មូលហេតុមរណភាព និងទារកស្លាប់កើត ដែលមានអាស័យដ្ឋាន [www.digitalncod.org](http://www.digitalncod.org) ដែលត្រូវបានរៀបចំស្របតាម ផែនការយុទ្ធសាស្ត្រជាតិសុខាភិបាលឌីជីថលឆ្នាំ២០២២-២០៣៣ និងបានអនុម័តដោយគណៈកម្មាធិការជាតិសុខាភិបាល ឌីជីថល និងថ្នាក់ដឹកនាំក្រសួងសុខាភិបាល នៅថ្ងៃទី១៨ ខែតុលា ឆ្នាំ២០២២។

## 2. គោលបំណង

នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ (SOP) នេះនឹងត្រូវប្រើប្រាស់ដោយមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ និងឯកជន សម្រាប់កត់ត្រា និងរាយការណ៍លើ៖

- ការជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់
- ការជូនដំណឹងពីមរណភាព
- ទារកស្លាប់កើត
- ការបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រពីមូលហេតុនៃមរណភាព (MCCD)
- ការកំណត់កូដមរណភាពដោយប្រើប្រាស់ ICD

នៅក្នុងនីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារនេះ “មូលដ្ឋានសុខាភិបាល” សំដៅលើមន្ទីរពេទ្យជាតិ មន្ទីរពេទ្យរាជធានី/ខេត្ត មន្ទីរពេទ្យបង្អែកស្រុក មណ្ឌលសុខភាព និងប៉ុស្តិ៍សុខភាព មន្ទីរពេទ្យឯកជន គ្លីនិក និងមណ្ឌលថែទាំ មន្ទីរពេទ្យ យោធា និងមន្ទីរពេទ្យនគរបាល។

## 3. ទម្រង់ និងប្រព័ន្ធទិន្នន័យ

នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល នៃក្រសួងសុខាភិបាល បានបង្កើតទម្រង់បែបបទ និងបញ្ជី ដូចខាងក្រោម៖

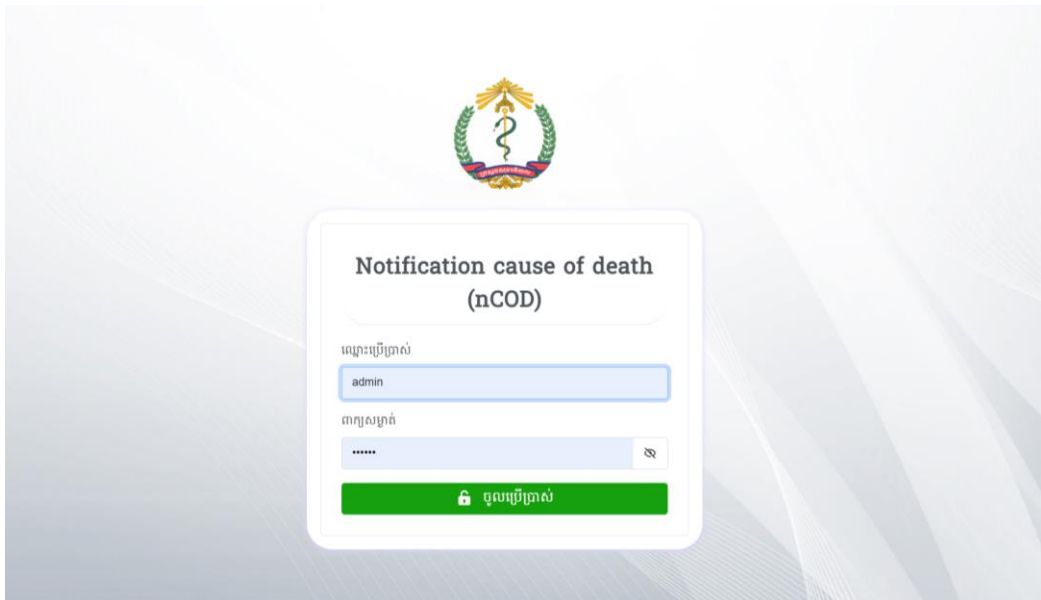
- ការជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់ (Birth Notification: BN) (ឧបសម្ព័ន្ធទី១) ទម្រង់ BN នឹងត្រូវបានប្រើ សម្រាប់ការជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់។ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល នឹងជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់ទៅកាន់ ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ (Civil Registration) CR database ជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិក និងផ្តល់បង្កាន់ដៃមួយ សន្លឹកដល់ឪពុកម្តាយ ឬអ្នករាយការណ៍ ដើម្បីអនុវត្តការចុះបញ្ជីកំណើតរស់ នៅឃុំ/សង្កាត់។ ទម្រង់ BN ត្រូវបានប្រើសម្រាប់រាល់កំណើតរស់ ដែលកើតឡើងនៅក្នុង និងក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។
- ការជូនដំណឹងពីមរណភាព (Death Notification: DN) (ឧបសម្ព័ន្ធទី២) ទម្រង់ DN នឹងត្រូវបានប្រើ សម្រាប់រាល់មរណភាព និងជូនដំណឹងតាមប្រព័ន្ធអេឡិចត្រូនិកទៅកាន់ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ CR database។ បង្កាន់ដៃ DN មួយសន្លឹកត្រូវតែបានផ្តល់ជូនអ្នករាយការណ៍ ឬ សាច់ញាតិ ដើម្បីអនុវត្តការចុះបញ្ជីមរណ ភាពនៅឃុំ/សង្កាត់។ ទម្រង់ DN ត្រូវបានប្រើសម្រាប់រាល់មរណភាព ដែលកើតឡើងនៅក្នុង និងក្រៅ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល។
- លិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព (Medical Certificate of Cause of Death: MCCD) (ឧបសម្ព័ន្ធទី៣) ទម្រង់ MCCD ត្រូវតែបានប្រើសម្រាប់រាល់មរណភាពនៅក្នុង និងក្រៅមូលដ្ឋានសុខា- ភិបាល។
- ទម្រង់ទារកស្លាប់កើត (Fetal Death: FD) (ឧបសម្ព័ន្ធទី៤) ទម្រង់ FD ត្រូវតែបានប្រើសម្រាប់កត់ត្រា រាល់ទារកស្លាប់កើត នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដើម្បីផ្តល់ជូនវិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិនៃក្រសួងផែនការ។

## ការជូនដំណឹងតាមប្រព័ន្ធឌីជីថល និងមូលហេតុនៃមរណភាព (Notification and Cause of Death: NCOD)

តាមរយៈការបំពេញទម្រង់ដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ ប្រធានមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬបុគ្គលិកដែលត្រូវបានចាត់តាំងត្រូវបញ្ជូលទិន្នន័យទៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD។ NCOD មានទិន្នន័យតាមករណី ដូចបានរៀបរាប់ខាងក្រោម៖

- ការជូនដំណឹងពីកំណើតរស់
- ការជូនដំណឹងពីមរណភាព
- លិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព (MCCD)
- FUCOD ដោយក្រុមការងារដាក់កូដមរណភាពថ្នាក់ជាតិ ប្រើវិធានកំណត់កូដមរណភាព ICD តាមរយៈទម្រង់ ICD-10
- ទារកស្លាប់កើត

NCOD អាចចូលប្រើប្រាស់តាមអាស័យដ្ឋាន [www.digitalncod.org](http://www.digitalncod.org) គ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងអស់ត្រូវស្នើសុំឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់ និងលេខសម្ងាត់ (username and password) ពីនាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល នៃក្រសួងសុខាភិបាល។



### 4. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់ការជូនដំណឹងពីកំណើតរស់

ទម្រង់ជូនដំណឹងពីកំណើតរស់ ត្រូវអនុវត្តក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង ចំពោះរាល់កំណើតរស់ ដែលបានកើតឡើងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៃប្រទេសកម្ពុជា និងត្រូវផ្តល់ជូនទៅឪពុកម្តាយ ឬអ្នករាយការណ៍ ដើម្បីចុះបញ្ជីនៅឃុំ/សង្កាត់។ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលត្រូវជូនដំណឹងពីកំណើតរស់ទៅកាន់ប្រព័ន្ធទិន្នន័យ CR database របស់អគ្គនាយកដ្ឋានអត្តសញ្ញាណកម្ម (GDI) នៃក្រសួងមហាផ្ទៃ។

#### ក. កំណើតរស់ដែលបានកើតឡើងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល

- នៅពេលដែលកំណើតរស់បានកើតឡើងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល គ្រូពេទ្យ ឬធុបត្រូវតែបំពេញការជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង ហើយត្រូវតែបញ្ជូលទិន្នន័យនៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ភ្លាមៗ បន្ទាប់ពីបំពេញទម្រង់ជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់ ដើម្បីទទួលបានលេខសម្គាល់របស់ទម្រង់។

បន្ទាប់មកមន្ត្រីផ្តល់សេវា (គ្រូពេទ្យ/ធុប) ត្រូវចម្លងលេខសម្គាល់របស់ទម្រង់ ទៅក្នុងទម្រង់ជូនដំណឹង អំពីកំណើតរស់ និងចុះហត្ថលេខា រួចប្រគល់ជូនឪពុកម្តាយ ឬអ្នករាយការណ៍។ ដំណើរការនេះនឹង អនុវត្តដូចគ្នាចំពោះកំណើតរស់ដែលកើតឡើងនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ប៉ុន្តែម្តាយរបស់ទារកបាន នាំទារកទើបកើតទៅកាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលក្នុងរយៈពេល ៤៨ម៉ោង។

- នៅពេលដែលមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬបុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធ បានបញ្ជូលទិន្នន័យកំណើតរស់នៅក្នុង NCOD រួចរាល់ហើយ ការជូនដំណឹងពីកំណើតរស់នឹងត្រូវបញ្ជូនដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកាន់ប្រព័ន្ធទិន្នន័យអត្រា នុកូលដ្ឋាន CR database របស់អគ្គនាយកដ្ឋានអត្តសញ្ញាណកម្ម។

**ខ. កំណើតរស់ដែលកើតឡើងនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

- ប្រសិនបើកំណើតរស់កើតឡើងនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ហើយម្តាយមិនបាននាំទារកទើបកើតទៅ កាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ក្នុងរយៈពេល ៤៨ម៉ោងនោះទេ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល, គ្រូពេទ្យ ឬធុបដែល ផ្តល់សេវាត្រូវរាយការណ៍ទៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរបស់ខ្លួន ដើម្បីឱ្យមូលដ្ឋានសុខាភិបាលរៀបចំចេញ ទម្រង់ជូនដំណឹងពីកំណើតរស់ និងបំពេញបែបបទ ដូចបានពន្យល់ក្នុងផ្នែក “ក”។
- នៅពេលដែលមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬបុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធ បានបញ្ជូលទិន្នន័យកំណើតរស់នៅក្នុង NCOD រួចរាល់ហើយ ការជូនដំណឹងពីកំណើតរស់នឹងត្រូវបញ្ជូនដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកាន់ប្រព័ន្ធទិន្នន័យអត្រា នុកូលដ្ឋាន CR database របស់អគ្គនាយកដ្ឋានអត្តសញ្ញាណកម្ម។

**គ. ទារកដែលត្រូវបានបោះបង់ចោលនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

- មូលដ្ឋានទិន្នន័យត្រូវតែធានាចំពោះការចេញការជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់ និងបញ្ជូលទិន្នន័យកំណើត នៅក្នុង NCOD ដូចបានពន្យល់នៅក្នុងផ្នែក “ក”។
- នៅពេលដែលមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬបុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធ បានបញ្ជូលទិន្នន័យកំណើតរស់នៅក្នុង NCOD រួចរាល់ហើយ ការជូនដំណឹងពីកំណើតរស់នឹងត្រូវបញ្ជូនដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកាន់ប្រព័ន្ធទិន្នន័យអត្រា នុកូលដ្ឋាន CR database របស់អគ្គនាយកដ្ឋានអត្តសញ្ញាណកម្ម។

**ឃ. ទារកដែលត្រូវបានបោះបង់ចោលនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

- មូលដ្ឋានសុខាភិបាល នឹងមិនចេញការជូនដំណឹងពីកំណើតរស់ដែលបោះបង់នៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខា- ភិបាលនោះទេ លើកលែងតែមានការស្នើសុំពីអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន។

**5. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់ការជូនដំណឹងពីមរណភាព**

ទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាពត្រូវអនុវត្តក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង ចំពោះមរណភាពដែលកើតឡើងនៅក្នុង មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៃប្រទេសកម្ពុជា និងត្រូវផ្តល់ជូនសាច់ញាតិរបស់មរណជន ឬ អ្នករាយការណ៍ ដើម្បីឱ្យគាត់ ចុះបញ្ជីនៅឃុំ/សង្កាត់។ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនឹងត្រូវបញ្ជូនទិន្នន័យ ជូនដំណឹងពីមរណភាពទៅប្រព័ន្ធទិន្នន័យ CR database របស់អគ្គនាយកដ្ឋានអត្តសញ្ញាណកម្ម។

**ការបញ្ជាក់អំពីមរណភាព**

គ្រូពេទ្យ និង/ឬ បុគ្គលិកសុខាភិបាលគួរតែសង្កេតរោគសញ្ញាដូចខាងក្រោម ក្នុងរយៈពេលយ៉ាងតិច ៥ នាទី ដើម្បីបញ្ជាក់អំពីមរណភាព៖

- គ្មានដីពចរនៅសសៃអាកទែរនៃបំពង់ក (លើសពី ៥នាទី) និង
- គ្មានសំឡេងបេះដូង (លើសពី ៥នាទី) និង
- គ្មានសំឡេងផ្លូវដង្ហើម និងការប្រឹងប្រែងដកដង្ហើម (លើសពី ១នាទី) និង
- កង្វះការឆ្លើយតបនឹងការបញ្ជាចង្អុលដំណើរចាប់ (ឧ. ការច្របាច់សាច់ដុំ) និង
- កូនក្រមុំភ្នែករីកធំ មិនឆ្លើយតបទៅនឹងពន្លឺភ្លឺ\*។

\* ប្រសិនបើមានបញ្ហាភ្នែក ឧ. ភ្នែកខ្វាក់ ភ្នែកឡើងបាយ គ្រាប់ភ្នែកសិប្បនិម្មិត។ល។ គ្រូពេទ្យអាចធ្វើតេស្តឆ្លុះបញ្ចាំង កញ្ចក់ភ្នែក ប្រសិនបើមានសមត្ថភាពធ្វើបែបនោះបាន។

**ការត្រួតពិនិត្យលើកចុងក្រោយ**

ប្រសិនបើត្រូវបានស្នើសុំឱ្យបញ្ជាក់ពីមរណភាពរបស់អ្នកជំងឺ ត្រូវសង្កេតមើលអ្នកជំងឺ ក្នុងរយៈពេលយ៉ាង តិច ៥នាទី ដើម្បីធានាថាបានអនុវត្តរាល់ជំហានចាំបាច់ទាំងអស់៖

- ផ្លូវដង្ហើម / ការដកដង្ហើម - ស្តាប់សំឡេងស្លូត ក្នុងរយៈពេល > ១នាទី៖ ពុំមានការប្រឹងប្រែងដកដង្ហើម និងពុំមានសំឡេងដកដង្ហើមដែលអាចស្តាប់ឮ។
- ចលនាឈាម - ស្ទាបដីពចរ > ១នាទី និងស្តាប់សំឡេងបេះដូង ក្នុងរយៈពេល > ១នាទី៖ ពុំមានដីពចរ កណ្តាល ដែលអាចស្តាប់ស្តង់បាន និងពុំមានសំឡេងបេះដូងដែលអាចស្តាប់ឮ\* \*
- ត្រូវប្រាកដថា អ្នកបានពិនិត្យមើលឧបករណ៍វាស់ចង្វាក់បេះដូង ដែលអាចវាស់ស្តង់បាន
- ពិការភាព - ពិនិត្យមើលការឆ្លើយតបរបស់កូនក្រមុំភ្នែក និងពិនិត្យមើលចលនានៃការឆ្លើយតបនឹងការ ឈឺចាប់
- ក្នុងរយៈពេល ៥នាទី ក្រោយពេលគាំងបេះដូង កូនក្រមុំភ្នែករបស់អ្នកជំងឺនឹងនៅនឹង រីកធំ និងមិន ឆ្លើយតបនឹងពន្លឺនោះទេ
- ពុំមានការឆ្លើយតបនឹងការបញ្ជាចង្អុលដំណើរចាប់នោះទេ។ នេះអាចត្រូវបានធ្វើតេស្តដោយសង្កត់ផ្នែកខាង លើរង្វង់ភ្នែក និងស្វែងរកចលនានៃការឆ្លើយតបណាមួយ
- ការប៉ះពាល់ - អ្នកជំងឺអាចត្រជាក់ផ្នែកខាងក្នុង (អាស្រ័យលើពេលវេលានៃការប៉ាន់ប្រមាណរបស់អ្នក)

\* \* ចំពោះអ្នកជំងឺដែលត្រូវបានត្រួតពិនិត្យ អ្នកក៏អាចសម្គាល់ឃើញបេះដូងឈប់ដើរជាបន្តបន្ទាប់នៅលើម៉ាស៊ីន ពិនិត្យមើលចង្វាក់បេះដូងបានផងដែរ។ ចំពោះអ្នកជំងឺដែលមានដាក់ទុយោនៅក្នុងសរសៃឈាមអាកទែរ អ្នកអាច សង្កេតឃើញថាគ្មានលំហូរជាចង្វាក់នោះទេ។

**ក. មរណភាពដែលកើតឡើងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

- ចំពោះមរណភាព ដែលកើតឡើងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល គ្រូពេទ្យដែលផ្តល់ការព្យាបាល ត្រូវតែ ចេញទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង និងបញ្ជូលទិន្នន័យដែលពាក់ព័ន្ធនៅក្នុង ប្រព័ន្ធ NCOD ដើម្បីទទួលបានលេខសម្គាល់ទម្រង់ រួចចម្លងលេខសម្គាល់នោះដាក់ក្នុងទម្រង់ជូន ដំណឹងពីមរណភាព ចុះហត្ថលេខា និងប្រគល់ជូនសាច់ញាតិរបស់មរណជន ឬ អ្នករាយការណ៍។

- នៅពេលដែលមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬបុគ្គលិកពាក់ព័ន្ធ បានបញ្ចូលទិន្នន័យមរណភាពនៅក្នុង NCOD រួចរាល់ហើយការជូនដំណឹងពីមរណភាពនឹងត្រូវបញ្ជូនដោយស្វ័យប្រវត្តិទៅកាន់ប្រព័ន្ធទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋាន CR database របស់អគ្គនាយកដ្ឋានអគ្គសញ្ញាណកម្ម។

**ខ. មរណភាពដែលកើតឡើងនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

នៅគ្រប់កាលៈទេសៈទាំងអស់ ប្រសិនបើមរណភាពកើតឡើងនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល គ្រូពេទ្យនៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនីមួយៗ ត្រូវតែធ្វើការបញ្ជាក់អំពីមរណភាព និងគួរតែចេញទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព។ ដំណើរការលម្អិតអំពីនីតិវិធីនេះនឹងត្រូវបានរៀបរាប់នៅក្នុងផ្នែកបន្ទាប់។

**6. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារសម្រាប់ការបញ្ជាក់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រអំពីមូលហេតុនៃមរណភាព (MCCD)**

**តាមគោលការណ៍៖**

- ប្រសិនបើមរណភាពរបស់មនុស្សណាម្នាក់កើតឡើងនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬនៅតាមផ្លូវទៅកាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនោះ ប្រធាន ឬបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលត្រូវបានប្រគល់ភារកិច្ចជូន នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ត្រូវកំណត់អំពីមូលហេតុនៃមរណភាព ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន។
- ប្រសិនបើមរណភាពរបស់មនុស្សម្នាក់កើតឡើងនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ប្រធាន ឬបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលត្រូវបានប្រគល់ភារកិច្ចជូន នៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ត្រូវកំណត់អំពីមូលហេតុនៃមរណភាព ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន។

**មូលហេតុនៃមរណភាព**

មូលហេតុនៃមរណភាព គឺជាពាក្យដែលត្រូវបានប្រើដើម្បីចង្អុលបង្ហាញអំពីមូលហេតុនៃមរណភាពតាមផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ។ គេរៀបរាប់អំពីជំងឺ ឬការរងរបួសដែលបណ្តាលឱ្យទទួលមរណភាព។ ព័ត៌មានអំពីមូលហេតុនៃមរណភាពជាក់លាក់ត្រូវបានកត់ត្រាទុកនៅលើ MCCD និងត្រូវបានបញ្ចូលFUCOD ទៅក្នុងប្រព័ន្ធស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋានរបស់ប្រទេសកម្ពុជា។

ការបំពេញទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព និងទម្រង់ MCCD អាចធ្វើឡើងចំពោះមរណភាព ដែលកើតឡើងនៅ ពីរ ទីតាំង រួមមាន៖

- មរណភាពនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
- មរណភាពនៅក្នុងសហគមន៍ដែលមរណជនបានទៅទទួលការព្យាបាលពីគ្រូពេទ្យនៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលណាមួយនាពេលថ្មីៗនេះ។

**លក្ខណៈនៃមរណភាព**

លក្ខណៈនៃមរណភាព ជាវិធីបែងចែកប្រភេទមរណភាព ដូចបានតម្រូវដោយក្រសួងសុខាភិបាល នៃប្រទេសកម្ពុជា។ ប្រភេទមរណភាព រួមមាន មរណភាពករណីធម្មតា និងមរណភាពករណីមិនធម្មតា។

- មរណភាពករណីធម្មតា ឬមូលហេតុប្រក្រតី៖

មរណភាពករណីធម្មតា ឬមូលហេតុប្រក្រតីត្រូវបានកំណត់ថាជា មរណភាព ដែលបណ្តាលមកពីជំងឺ។ ប្រសិនបើមរណភាពដោយប្រក្រតីត្រូវបានកើតមានដោយការរងរបួស (ដូចជា៖ ការដួល ឬលង់ទឹក នៅក្នុងអាងទឹក។ល។) លក្ខណៈនៃមរណភាពមិនត្រូវបានចាត់ថ្នាក់ថាជា មូលហេតុប្រក្រតីឡើយ។

- មរណភាពទារកភ្លាមៗដោយមិនអាចពន្យល់មូលហេតុបាន (SUID) ដែលពីមុនត្រូវបានគេស្គាល់ថា ជាពោធិសញ្ញាមរណភាពទារកភ្លាមៗ (SIDS) គឺជា មរណភាពប្រក្រតី។ វាគឺជាមរណភាពភ្លាមៗរបស់ ទារក ដែលមានអាយុក្រោមមួយឆ្នាំ ដែលនៅតែមិនអាចពន្យល់មូលហេតុបាន បន្ទាប់ពីមានការស៊ើប អង្កេតយ៉ាងម៉ត់ចត់ និងយ៉ាងពេញលេញ។
- **មរណភាពករណីមិនធម្មតា ឬមូលហេតុមិនប្រក្រតី**  
រាល់មរណភាព ដែលមិនអាចចាត់ថ្នាក់ថាជាមរណភាពដោយសារមូលហេតុប្រក្រតីបាន ហៅថា មរណ ភាពមិនប្រក្រតី ឬ មរណភាពករណីមិនធម្មតា។ រួមមាន ឧបទ្ធវហេតុ មនុស្សឃាដ អត្តឃាដ មរណ ភាពដោយសារអំពើហិង្សា (ទាំងចេតនា និងអចេតនា) ការដួល ការពុល ឬប្រើប្រាស់ថ្នាំលើកកម្រិត (ទាំងចេតនា និងអចេតនា) និងការលង់ទឹក។ល។

**ការណែនាំទូទៅសម្រាប់ការជូនដំណឹងអំពីមូលហេតុនៃមរណភាព ការបញ្ជាក់មរណភាព និងការរាយ ការណ៍**

- គ្រូពេទ្យ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាលមានតួនាទីក្នុងការបញ្ជាក់អំពីមរណភាព និងការបញ្ជាក់អំពីមូលហេតុនៃ មរណភាព
- គ្រូពេទ្យ និងបុគ្គលិកសុខាភិបាលគ្រប់រូប ដែលបានទទួលការចាត់តាំងជាអ្នកបញ្ជាក់មរណភាព មាន កាតព្វកិច្ចចង្អុលបង្ហាញអំពីមូលហេតុមរណភាព ដូចបានកំណត់ ដោយផ្អែកលើជំនាញវេជ្ជសាស្ត្រ និង ស្របតាមព័ត៌មានដែលមាននៅក្នុងកំណត់ត្រាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់មរណជន។
- គ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល និងអ្នកពាក់ព័ន្ធ នៅក្នុងការរាយការណ៍ បញ្ជាក់អំពីមរណភាព តម្រូវឱ្យ គោរពតាមគោលការណ៍ណែនាំ និងនីតិវិធីដូចខាងក្រោម៖
  - a. ប្រើប្រាស់នីតិវិធីស្តង់ដារនៅក្នុងការបញ្ជាក់អំពីមរណភាព នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល និង នៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដោយប្រើទម្រង់ MCCD របស់ក្រសួងសុខាភិបាល។
  - b. ប្រើប្រាស់ការធ្វើកោសល្យវិច័យតាមរយៈការសួរសំណួរផ្ទាល់មាត់ (Verbal Autopsy: VA) ក្នុង ការកំណត់មូលហេតុដែលសមស្របនៃមរណភាពនៅក្នុងសហគមន៍ (SOP សម្រាប់ VA នឹង រៀបចំឡើងពេលបន្ទាប់)។

**ការបញ្ជាក់ពីមរណភាពក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

- គ្រូពេទ្យដែលបានផ្តល់ការព្យាបាលមរណជនចុងក្រោយបង្អស់ ត្រូវរៀបចំទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណ ភាព/លិខិតបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រមូលហេតុមរណភាព (MCCD) ដោយប្រើទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណ ភាព និង MCCD របស់ ក្រសួងសុខាភិបាល។ គ្រូពេទ្យ ឬ បុគ្គលិក ត្រូវចងក្រងឯកសារទម្រង់ជូន ដំណឹងពីមរណភាព និងបញ្ជូលព័ត៌មានលម្អិតដែលពាក់ព័ន្ធនៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង ក្រោយពេលមរណភាព និងចម្លងលេខសម្គាល់ទម្រង់ពីប្រព័ន្ធ NCOD ដែលកត់ត្រានៅលើ ទម្រង់ នៃការជូនដំណឹងពីមរណភាព គ្រូពេទ្យត្រូវចុះហត្ថលេខាលើទម្រង់នោះ ហើយប្រគល់ជូន សាច់ញាតិរបស់មរណជន ឬ អ្នករាយការណ៍។ ព័ត៌មានអំពីមរណភាពនេះនឹងត្រូវបានបញ្ជូនតាមផ្នែក

ឬ តាមសាល នៃការជូនដំណឹងពីមរណភាព (ត្រូវបានកំណត់រួចរាល់ហើយ សម្រាប់ការបញ្ជូន ទិន្នន័យបានទាន់ពេលវេលា real-time ទៅកាន់ប្រព័ន្ធ NCOD)។ នីតិវិធីនេះនឹងអនុញ្ញាតឱ្យមានការ បញ្ជូនការជូនដំណឹងពីមរណភាពទៅកាន់ប្រព័ន្ធទិន្នន័យអត្រានុកូលដ្ឋាន CR database របស់អគ្គ នាយកដ្ឋានអគ្គសញ្ញាណកម្ម។

- គ្រូពេទ្យដែលបានផ្តល់ការព្យាបាលមរណជន ចុងក្រោយបង្អស់ ត្រូវបំពេញទម្រង់ MCCD ហើយ បញ្ជូនទិន្នន័យទៅក្នុង NCOD ក្នុងរយៈពេល ៣ថ្ងៃ។

**ការបញ្ជាក់អំពីមរណភាពក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

**ក. មរណភាពដែលបានទទួលការព្យាបាល ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រពីគ្រូពេទ្យ**

- ចំពោះមរណភាពដែលបានទទួលការព្យាបាល ការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រពីគ្រូពេទ្យ សាច់ញាតិជិតបំផុតរបស់ មរណជន ឬ អ្នករាយការណ៍ ត្រូវជូនដំណឹងដល់គ្រូពេទ្យឬ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលបានផ្តល់សេវា ព្យាបាលលើកចុងក្រោយបង្អស់ដល់មរណជន ដើម្បីរៀបចំ៖
  - a. ទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព និងបញ្ជូនទិន្នន័យនៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោង បន្ទាប់ពីទទួលបានព័ត៌មានអំពីមរណភាពពីសាច់ញាតិ ឬ អ្នករាយការណ៍។
  - b. បំពេញទម្រង់ MCCD និងបញ្ជូនទិន្នន័យនៅក្នុង NCOD ក្នុងរយៈពេល៣ថ្ងៃ ក្រោយពេល ទទួលមរណភាព។
- ចំពោះមរណភាពដែលមានការថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលគ្មាន ឬរកមិនឃើញ គ្រូពេទ្យផ្តល់ការព្យាបាលចុងក្រោយបង្អស់នោះទេ ត្រូវអនុវត្តតាមនីតិវិធីសម្រាប់មរណភាព ដែលមិន បានទទួលការព្យាបាល ថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ពីគ្រូពេទ្យ ឬ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដូចចែងនៅកថាខណ្ឌ "ខ"។

**ខ. មរណភាពដែលមិនបានទទួលការព្យាបាល ថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ពីគ្រូពេទ្យ ឬ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

ចំពោះមរណភាពដែលមិនបានទទួលការព្យាបាល ថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ពីគ្រូពេទ្យ ឬ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល សាច់ញាតិរបស់មរណជន ឬអ្នករាយការណ៍ អ្នកដែលបានដឹងអំពីមរណភាព ត្រូវរាយការណ៍ទៅកាន់អាជ្ញាធរ មូលដ្ឋានមានសមត្ថកិច្ច ដើម្បីអញ្ជើញតំណាងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ដែលនៅក្បែរនោះឱ្យចូលរួម៖

- បញ្ជាក់អំពីមរណភាព និងចេញទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង ចាប់ពីពេល ទទួលមរណភាព។ គ្រូពេទ្យដែលបានទទួលការចាត់តាំង ត្រូវបញ្ជូនទិន្នន័យជូនដំណឹងពីមរណភាព នៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ភ្លាមៗ ដូចបានរៀបរាប់នៅក្នុងផ្នែក "ក" ។
- គ្រូពេទ្យដែលត្រូវបានប្រគល់ភារកិច្ចជូន ត្រូវបំពេញទម្រង់ MCCD និងបញ្ជូនទិន្នន័យនៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ក្នុងរយៈពេល ៣ថ្ងៃ។

**មរណភាពអាចកើតឡើងនៅក្នុងស្ថានភាពខាងក្រោម៖**

- អ្នកជំងឺបានស្លាប់តាមផ្លូវទៅកាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនោះត្រូវតែបំពេញទម្រង់ ទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព និងទម្រង់ MCCD ដូចបានរៀបរាប់នៅផ្នែកមរណភាពនៅក្នុងមូលដ្ឋាន សុខាភិបាល ដែលបានលើកឡើងខាងលើ។

- អ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ប្រសិនបើមានស្ថានភាពសុខភាពមិនល្អ អស់សង្ឃឹម ហើយសមាជិកគ្រួសាររបស់អ្នកជំងឺចង់ផ្ទេរអ្នកជំងឺចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទៅផ្ទះ ហើយទទួលមរណភាព ក្រោយពេលចេញពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖
  - a. ប្រសិនបើផ្ទះរបស់មរណជននៅមិនឆ្ងាយ ឬនៅជិតមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដំបូង ដែលមរណជនបាន ទទួលការព្យាបាលថែទាំ គ្រូពេទ្យព្យាបាលនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដំបូងនោះ ត្រូវបំពេញទម្រង់ ជូនដំណឹងពីមរណភាព និងMCCD បញ្ចូលទិន្នន័យក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD តាមនីតិវិធីដូចបានរៀបរាប់ ខាងលើ។
  - b. ប្រសិនបើផ្ទះរបស់មរណជននៅឆ្ងាយពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដំបូង (ឆ្លងខេត្តឆ្ងាយ) គ្រូពេទ្យ ព្យាបាលអាចជូនដំណឹង និង/ឬផ្ទេរប្រវត្តិជំងឺរបស់មរណជន ទៅកាន់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែល នៅក្បែរផ្ទះរបស់មរណជននោះ ដើម្បីផ្តល់ទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព និងបំពេញ MCCD ដោយអនុវត្តតាមនីតិវិធីដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ។
- អ្នកជំងឺបានទទួលមរណភាពនៅផ្ទះដោយមានការថែទាំពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាល មានសេវាថែទាំតាមផ្ទះ សម្រាប់ព្យាបាលអ្នកជំងឺនៅតាមផ្ទះ ប្រសិនបើអ្នកជំងឺបានទទួលមរណភាព គ្រូពេទ្យព្យាបាលនៃមូល ដ្ឋាន សុខាភិបាលនោះ ត្រូវតែបំពេញការជូនដំណឹងពីមរណភាព និងបំពេញ MCCD បញ្ចូលទិន្នន័យ ក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ដោយអនុវត្តតាមនីតិវិធីដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ។
- អ្នកជំងឺបានទទួលមរណភាពនៅផ្ទះដោយមិនបានទទួលការព្យាបាល ថែទាំវេជ្ជសាស្ត្រ ពីគ្រូពេទ្យ (មរណភាពរបស់មនុស្សចាស់) ក្រោយកើតមានមរណភាព អ្នករាយការណ៍ និង/ឬសាច់ញាតិ ត្រូវហៅ ឬផ្តល់ព័ត៌មានទៅកាន់អាជ្ញាធរមូលដ្ឋានមានសមត្ថកិច្ច ឱ្យមកពិនិត្យស្ថានភាព ហើយអាជ្ញាធរមូលដ្ឋាន មានសមត្ថកិច្ច នឹងអញ្ជើញតំណាងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលនៅក្បែរនោះ ដើម្បីបំពេញការជូន ដំណឹងពីមរណភាព និង MCCD បញ្ចូលទិន្នន័យក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន ដោយអនុវត្ត តាមនីតិវិធីដូចបានរៀបរាប់ខាងលើ។
- អ្នកជំងឺបានទទួលមរណភាពនៅក្នុងលក្ខណៈគួរឱ្យសង្ស័យ ឬប្រសិនបើករណីនោះកំពុងស្ថិតក្នុងការ ស៊ើបអង្កេត ត្រូវអនុវត្តតាមនីតិវិធីដែលពាក់ព័ន្ធ ដូចបានរៀបរាប់នៅក្នុងផ្នែកបន្ទាប់។

**7. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់បំពេញវិធីសាស្ត្រស្តង់ដារសម្រាប់មរណ ភាព MCCD នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

**មរណភាពនៅពេលមកដល់ Dead on arrival**

- ករណីមរណភាពនៅពេលមកដល់ *Dead on arrival* (គ្រូពេទ្យយាមប្រចាំការបានពិនិត្យ មានលទ្ធ ភាពបញ្ជាក់អំពីមរណភាពបាននិងកំណត់មូលហេតុមរណភាពបាន) និងមិនតម្រូវឱ្យមានការស៊ើប អង្កេតផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងផ្នែកច្បាប់ទេនោះ គ្រូពេទ្យយាមប្រចាំការ ត្រូវបញ្ជាក់អំពីមរណភាព បំពេញ ទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព និងបញ្ចូលទិន្នន័យនៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ដើម្បីទទួលបានលេខសម្គាល់ ទម្រង់ពីប្រព័ន្ធនៃNCOD ហើយចម្លងវាដល់ក្នុងទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព រួចចុះហត្ថលេខា និងប្រគល់ បង្កាន់ដៃជូនដំណឹងពីមរណភាពទៅកាន់សាច់ញាតិនៃសព ឬ អ្នករាយការណ៍។
- គ្រូពេទ្យយាមប្រចាំការនោះ ត្រូវបញ្ជាក់អំពីមូលហេតុនៃមរណភាព ហើយនឹងបំពេញទម្រង់ MCCD និងបញ្ចូលទិន្នន័យនៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ក្នុងរយៈពេល ៣ ថ្ងៃ។

**មរណភាពស្លាប់ចូល ឬ ទទួលសព Brought dead/ received dead**

- ចំពោះករណីមរណភាពស្លាប់ចូល ឬ ទទួលសព (ដោយគ្រូពេទ្យមិនទាន់បានផ្តល់សេវាដល់មរណជននៅពេលមកដល់ ឬមរណជនមិនបង្ហាញសញ្ញាជីវិតនៅពេលដែលគ្រូពេទ្យបានទទួលមរណជន) គ្រូពេទ្យនៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលទទួលយកមរណភាពស្លាប់ចូល ឬ ទទួលសពត្រូវបំពេញទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព និងបញ្ចូលទិន្នន័យនៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ដើម្បីទទួលបានលេខសម្គាល់កត់ត្រាលេខសម្គាល់នៅក្នុងទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព រួចចុះហត្ថលេខា និងប្រគល់បង្កាន់ដៃជូនដំណឹងពីមរណភាពជូនសាច់ញាតិ ឬ អ្នករាយការណ៍។
- បន្ទាប់មក ប្រសិនបើអាចធ្វើបាន គ្រូពេទ្យដែលផ្តល់សេវាកូរ៉ែតបំពេញទម្រង់ MCCD តាមអ្វីដែលគាត់បានដឹងច្បាស់ ឬសួរពីសាច់ញាតិ ឬ អ្នករាយការណ៍ តាមរយៈការវាយតម្លៃប្រវត្តិជំងឺ និងត្រូវបញ្ចូលទិន្នន័យ MCCD នៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ក្នុងរយៈពេល ៣ ថ្ងៃ។

**មរណភាពនៅក្នុងរថយន្តសង្គ្រោះ និង/ឬមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន**

- ប្រសិនបើមរណភាពកើតឡើងនៅក្នុងរថយន្តសង្គ្រោះដោយគ្មានគ្រូពេទ្យផ្តល់សេវា និង/ឬ ដោយគ្មានទម្រង់នៃការបញ្ជូនពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលណាមួយទេនោះ មរណភាពត្រូវបានចាត់ទុកជាមរណភាពនៅពេលទទួលយក/មរណភាពនៅពេលមកដល់។ ក្នុងករណីនេះ ត្រូវអនុវត្តតាមនីតិវិធីដូចបានលើកឡើងខាងលើ ស្តីពីមរណភាពនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។
- ក្នុងករណីដែលមរណជនត្រូវបានផ្ទេរពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលណាមួយ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនោះ ត្រូវទទួលខុសត្រូវផ្តល់ព័ត៌មាន និងឯកសារចាំបាច់ ( ឧ. ប្រវត្តិជំងឺ ការព្យាបាល លិខិតចេញ ) ដើម្បីឲ្យមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទទួល បញ្ជាក់មរណភាព រាយការណ៍ពីមរណភាព និងបំពេញទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព និង MCCD តាមនីតិវិធីដែលបានលើកឡើងនៅខាងលើ ។
- ចំពោះមរណភាពនៅក្នុងរថយន្តសង្គ្រោះ និង/ឬមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូន មូលដ្ឋានសុខាភិបាលនៃរថយន្តសង្គ្រោះនិង/ឬមធ្យោបាយដឹកជញ្ជូននោះ ត្រូវបញ្ជាក់អំពីមរណភាព និងបំពេញទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាពតាមនីតិវិធីដែលបានលើកឡើងនៅខាងលើ និងប្រគល់បង្កាន់ដៃជូនដំណឹងពីមរណភាពជូនសាច់ញាតិ ឬ អ្នករាយការណ៍ ។
- គ្រូពេទ្យនៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលពាក់ព័ន្ធខាងលើ ត្រូវតែបំពេញទម្រង់ MCCD និងបញ្ចូលទៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ក្នុងរយៈពេល ៣ ថ្ងៃក្រោយពេលទទួលមរណភាព។

**នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារទូទៅសម្រាប់ការជូនដំណឹងពីមរណភាព និងការបញ្ជាក់ MCCD នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

- ប្រសិនបើអ្នកជំងឺទទួលមរណភាពនៅក្នុងផ្នែកព្យាបាលណាមួយនៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល គ្រូពេទ្យ/គិលានុបដ្ឋាយិកា/ធូប ដែលផ្តល់សេវា ត្រូវតែបំពេញទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព និងបញ្ចូលទៅក្នុង NOCD ក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោង។ បន្ទាប់មក ចម្លងលេខសម្គាល់ទម្រង់ពី NCOD កត់ត្រាចូលក្នុងទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព រួចចុះហត្ថលេខា និងប្រគល់មួយច្បាប់ ជូនសាច់ញាតិ ឬ អ្នករាយការណ៍ដំណើរការនេះត្រូវធ្វើឡើងនៅតាមផ្នែកឬសាលព្យាបាលផ្នែកព្យាបាលនីមួយៗក្នុងឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់ និងលេខសម្ងាត់ដើម្បីចូលប្រើប្រាស់ NCOD ( user name and password for log in in NCOD system ) ។

- គ្រូពេទ្យដែលផ្តល់សេវា ឬគ្រូពេទ្យដែលមានភារកិច្ច ត្រូវបំពេញទម្រង់ MCCD និងបញ្ចូលទិន្នន័យទៅក្នុង NCOD ក្នុងរយៈពេល ៣ថ្ងៃ ក្រោយពេលទទួលមរណភាព។

**eMCCD**

- គ្រូពេទ្យអាចបញ្ចូលទិន្នន័យ MCCD ទៅក្នុង eMCCD ទៅក្នុង NCOD ដោយមិនប្រើទម្រង់ MCCD ជាក្រដាស នោះទេ នៅកម្រិតផ្នែកព្យាបាល ប្រសិនបើមូលដ្ឋានសុខាភិបាលនេះអាចប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធនេះបាន។

**8. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់មណ្ឌលសុខភាព ចំពោះការមេត្រា MCCD**

មរណភាពដែលបានកត់ត្រានៅក្នុងមណ្ឌលសុខភាពភាគច្រើនជា មរណភាពក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងមរណភាពដែលទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ។ ចំពោះមរណភាពទាំងនេះ បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពត្រូវតែបំពេញទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព បញ្ចូលទិន្នន័យទៅក្នុង NCOD ទទួលបានលេខសម្គាល់ទម្រង់ បញ្ចូលលេខសម្គាល់នោះទៅក្នុងទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព ចុះហត្ថលេខា និងប្រគល់ជូនសាច់ញាតិ។

បុគ្គលិកមណ្ឌលសុខភាពត្រូវតែបំពេញទម្រង់ MCCD ក្នុងរយៈពេល ៣ ថ្ងៃ ក្រោយពេលទទួលមរណភាព និងបញ្ចូលទិន្នន័យទៅក្នុង NCOD។

**ការណែនាំខ្លីៗសម្រាប់ការបំពេញ MCCD សម្រាប់មរណភាពដែលទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ៖**

ប្រសិនបើស្ត្រីទទួលមរណភាពក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬក្នុងរយៈពេល ៤២ ថ្ងៃ ក្រោយពេលសម្រាលកូន ការពិតដែលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះគួរតែត្រូវបានចង្អុលបង្ហាញពីការមានផ្ទៃពោះ នៅក្នុងទម្រង់ MCCD ទោះបីជាមូលហេតុនៃមរណភាព មិនទាក់ទងនឹងការមានផ្ទៃពោះ ឬការសម្រាលកូនក៏ដោយ។ ឧទាហរណ៍ អាចបញ្ចូល “មានផ្ទៃពោះអាយុគីក ២៦ សប្តាហ៍”។ គួរតែគូសដឹក ក្នុងប្រអប់មានផ្ទៃពោះនៃទម្រង់ MCCD ដើម្បីបង្ហាញថា មរណភាពបានកើតឡើងនៅពេលដែលស្ត្រីមានផ្ទៃពោះ ឬក្នុងរយៈពេល ៤២ ថ្ងៃក្រោយពេលសម្រាលកូន។

| <b>ទម្រង់ ក្រសួងសុខាភិបាល ថ្ងៃទី១ និង ថ្ងៃទី២</b>  |  |                                 |                           |   |
|--|--|---------------------------------|---------------------------|---|
| ១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌដែលបណ្តាលអោយស្លាប់ដោយផ្ទាល់ នៅក្នុងផ្លូវ (ក)<br><br>រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍តាមលំដាប់លំដោយ (បើមាន)<br><br>បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុប្រសិនបើមរណភាពនៅផ្លូវក្រោមគេបង្អស់។ |  |                                 | <b>មូលហេតុនៃការស្លាប់</b> | ចន្លោះពេលចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើមរហូតដល់ពេលស្លាប់ |
|  |  | a                               | ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល   | ២ ម៉ោង                                      |
|  |  | b                               |                           |   |
|  |  | c                               |                           |   |
|  |  | d                               |                           |   |
| ២. លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងទៀត ដែលរួមចំណែកដល់មរណភាព (ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក នៅពីក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ)   |  | មានផ្ទៃពោះ (អាយុគីក ៣២ សប្តាហ៍) |                           |   |

**មរណភាពមាតា**

“មរណភាពរបស់ស្ត្រីក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬក្នុងរយៈពេល ៤២ ថ្ងៃបន្ទាប់ពីបញ្ចប់ការមានផ្ទៃពោះ ដោយមិនគិតពី រយៈពេល និងទីកន្លែងនៃការមានផ្ទៃពោះ មិនគិតពីមូលហេតុណាមួយ ដែលទាក់ទងទៅនឹង ឬ កាន់តែធ្ងន់ធ្ងរឡើងដោយសារការមានផ្ទៃពោះ ឬការគ្រប់គ្រងការមានផ្ទៃពោះនោះទេ ប៉ុន្តែមិនមែនមកពីមូលហេតុដោយចៃដន្យ ឬជាយថាហេតុនោះទេ”។

**ឧទាហរណ៍**

ស្ត្រីម្នាក់មានភាពស្លេកស្លាំងក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ និងក្រោយពេលសម្រាល បានធ្លាក់ឈាម ក្រោយសម្រាលដោយសារស្បូនខ្សោយ និងបានទទួលមរណភាពដោយសារការបាត់បង់ឈាមខ្លាំងពេក។ នេះជាករណីមរណភាពមាតាដ៏ច្បាស់លាស់មួយ។ អ្នកបញ្ជាក់ត្រូវតែបំពេញផ្នែក “ចំពោះស្ត្រី តើមរណជនមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ?” នៅក្នុងទម្រង់ “ខ” នៃទម្រង់ MCCD ឱ្យបានត្រឹមត្រូវ។

| ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និង ផ្នែកទី២  |  |                        |                           |   |
|--|--|------------------------|---------------------------|---|
| ១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌ ដែល បណ្តាលអោយស្លាប់ដោយផ្ទាល់ នៅក្នុងផ្លូវ (ក)<br><br>រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍តាម លំដាប់លំដោយ (បើមាន)<br><br>បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុប្រសិនបើមរណភាពនៅ ផ្លូវក្រោមគេបង្អស់។ |  |                        | <b>មូលហេតុនៃការស្លាប់</b> | ចន្លោះពេលចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើមរហូតដល់ពេលស្លាប់ |
|  |  | a                      | ការបាត់បង់ឈាមខ្លាំងពេក    | ១០ នាទី                                     |
|  |  | b                      | ការធ្លាក់ឈាមក្រោយសម្រាល   | ៣០ នាទី                                     |
|  |  | c                      | ស្បូនខ្សោយ                | ៤៥ នាទី                                     |
|  |  | d                      |                           |   |
| ២. លក្ខខណ្ឌសំខាន់ផ្សេងទៀត ដែលរួមចំណែកដល់មរណភាព (ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក នៅពីក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ)  |  | ជំងឺខ្វះគ្រាប់ឈាម (ខែ) |                           |   |

**9. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់មរណភាពរបស់ទារកទើបនឹងកើត**

ទារកទើបនឹងកើត ដែលបានកើតរស់ និងស្លាប់ភ្លាមៗក្រោយពេលសម្រាល មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ត្រូវតែ បំពេញទម្រង់ជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់ ដោយអនុវត្តតាមនីតិវិធីដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងផ្នែកទី ៤ ខាងលើ ហើយ បន្ទាប់មក ត្រូវតែបំពេញទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព និងទម្រង់ MCCD តាមនីតិវិធីដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងផ្នែក ទី ៥ ខាងលើ។

**10. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់មរណភាពដែលត្រូវស៊ើបអង្កេតបន្ថែម**

ចំពោះមរណភាព នៅក្នុងករណីដែលមានលក្ខណៈខុសពីធម្មតា ឬគួរឱ្យសង្ស័យ នៅក្នុង ឬនៅក្រៅមូលដ្ឋាន សុខាភិបាល ប្រធានមូលដ្ឋានសុខាភិបាល អ្នកជំនាញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ឬបុគ្គលពាក់ព័ន្ធ ត្រូវរាយការណ៍ជូនអាជ្ញាធរ មានសមត្ថកិច្ច រួមទាំងអ្នកតំណាងផ្នែកសុខាភិបាល ដើម្បីស៊ើបអង្កេតអំពីមរណភាពខុសពីធម្មតា ឬគួរឱ្យសង្ស័យ នោះ។ ក្រោយពេលស៊ើបអង្កេតអំពីមូលហេតុនៃមរណភាព អ្នកជំនាញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/គ្រូពេទ្យ ឬអាជ្ញាធរមាន សមត្ថកិច្ចត្រូវកំណត់មូលហេតុនៃមរណភាព ដោយអនុវត្តតាមទម្រង់ដែលបានកំណត់សម្រាប់នីតិវិធីនេះ បំពេញ ទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព បញ្ចូលទិន្នន័យនៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ដើម្បីទទួលបានលេខសម្គាល់ទម្រង់ ហើយកត់

គ្រាលេខសម្គាល់នោះនៅលើទម្រង់ជូនដំណឹងពីមរណភាព ចុះហត្ថលេខា និងប្រគល់វាជូនសាច់ញាតិ ឬ អ្នករាយការណ៍។ អ្នកជំនាញផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ/គ្រូពេទ្យ ត្រូវតែបំពេញទម្រង់ MCCD និងបញ្ជូលទិន្នន័យទៅក្នុង NCOD ក្នុងរយៈពេល ៣ ថ្ងៃចាប់ពីពេលទទួលមរណភាព។

ករណីខាងក្រោមត្រូវបានចាត់ទុកថាជាករណីពាក់ព័ន្ធនឹងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ និងផ្នែកច្បាប់ និងត្រូវបញ្ជូនទៅកាន់គណៈកម្មាធិការស៊ើបអង្កេត ឬសវនកម្មមរណភាព ៖

- មរណភាពដោយសារការរងរបួស (ផ្លូវកាយ កម្រៅ គីមី និងអគ្គិសនី) ដែលកាលៈទេសៈនេះបង្ហាញអំពីការប្រព្រឹត្តបទល្មើសដោយនរណាម្នាក់ រួមមានជាអាទិ៍៖
  - សង្ស័យថាបង្ករបួសស្នាមដោយខ្លួនឯង ឬធ្វើអត្តឃាត
  - ស្លាប់ដោយគ្រឿងចក្រ ឬឧបទ្វីហេតុ (គ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ គ្រោះថ្នាក់ការងារ។ល។)
  - ឧបទ្វីហេតុ ឬគ្រោះមហន្តរាយខុសពីធម្មតា
  - រងរបួសដោយអាវុធ ឬគ្រាប់កាំភ្លើង
  - ស្លាប់ដោយសារអគ្គិភ័យ (ឆេះ)។
- ការវាយប្រហារ និងការវាយដំ រួមទាំងអំពើហិង្សាក្នុងគ្រួសារ ការរំលោភបំពានលើកុមារ និងការរំលោភផ្លូវភេទ/បទល្មើសផ្លូវភេទ (បានស្លាប់ក្រោមកាលៈទេសៈដែលមានការសង្ស័យយ៉ាងសមហេតុផលថាមនុស្សមួយចំនួនទៀតបានប្រព្រឹត្តបទល្មើស)។
  - ករណីមានជាតិពុល ឬគ្រឿងស្រវឹង
  - ករណីបញ្ជូនពីអង្គការអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច/អាជ្ញាធរអនុវត្តច្បាប់ដទៃទៀតឬជនដែលស្ថិតក្រោមការឃុំខ្លួនរបស់អាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច
  - ករណីស្លាប់ដោយសារការកាត់ក្បាល
  - ករណីមរណភាព ដែលមរណជនស្ថិតក្នុងស្ថានភាពនៃការល្បួងធ្ងន់ធ្ងរ
  - ករណីមរណភាពនៅពេលមកដល់ ដោយមានប្រវត្តិជំងឺមិនទំនង ឬមិនស៊ីសង្វាក់គ្នា បង្កើតឱ្យមានការសង្ស័យអំពីបទល្មើស។ ឧទាហរណ៍អំពីករណីនេះ រួមមានជាអាទិ៍៖
    - មរណភាពដោយសារមូលហេតុខាងក្រៅ
    - មរណភាពដោយសារសត្វខាំ
    - សាកសពមិនស្គាល់អត្តសញ្ញាណ (នៅក្នុងករណីទាំងនេះ ត្រូវតែបានរាយការណ៍អំពីលក្ខណៈ ផ្លូវកាយរបស់អ្នកស្លាប់ និងសម្លៀកបំពាក់)។

**11. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់ការកំណត់កូដមរណភាព ICD**

ក្រោយពេលបញ្ជូលទិន្នន័យ ដែលបានចងក្រងជាឯកសារនៅក្នុងទម្រង់ MCCD ដោយបុគ្គលិកបញ្ជូលទិន្នន័យពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលដោយប្រើប្រព័ន្ធ NCOD (មេរៀនអំពី e-MCCD) បានយ៉ាងត្រឹមត្រូវហើយ ទិន្នន័យទាំងនេះត្រូវបានទទួលដោយក្រុមការងារដាក់កូដមរណភាព ជាទម្រង់អេឡិចត្រូនិក។

ក្រុមការងារដាក់កូដមរណភាព នៅ ថ្នាក់ជាតិ ដែលធ្វើការនៅ ក្រសួងសុខាភិបាល ត្រូវតែពិនិត្យមើលភាពមិនត្រឹមត្រូវនៅក្នុងទម្រង់ MCCD មុនពេលចាប់ផ្តើមដំណើរការកំណត់កូដ ICD។ បន្ទាប់មក ពួកគេត្រូវតែស្វែងរកលេខកូដដាក់លាក់តាមវិធាន ICD-10 សម្រាប់មូលហេតុនៃមរណភាព ហើយបញ្ជូលវាទៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD។ បន្ទាប់ពីបញ្ជូលលេខកូដដាក់លាក់នៃមូលហេតុមរណភាព ដោយប្រើប្រាស់កូដ ICD-10 រួចរាល់ហើយ នៅក្នុងទម្រង់

eMCCD ក្រុមការងារដាក់កូដមរណភាព ថ្នាក់ជាតិ ត្រូវតែអនុវត្តវិធាននៃការកំណត់កូដមរណភាព ដើម្បីកំណត់មូលហេតុបួសគល់ចុងក្រោយនៃមរណភាព ( Final Underlying Cause of Death: FUCOD ) ហើយបញ្ចូល FUCOD ចុងក្រោយនេះទៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD។

### ការពិនិត្យផ្ទៀងផ្ទាត់ FUCOD ចុងក្រោយ

អ្នកគ្រប់គ្រងក្រុមការងារដាក់កូដមរណភាព ( Coder Supervisor ) ត្រូវតែធ្វើការពិនិត្យផ្ទៀងផ្ទាត់ FUCOD ចុងក្រោយ ដែលត្រូវបានកំណត់ដោយក្រុមការងារដាក់កូដ កូដមរណភាព ថ្នាក់ជាតិ និងបញ្ជាក់អំពីលេខកូដទាំងនោះនៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD។

ក្រោយការបញ្ជាក់ពី Coder Supervisor ទិន្នន័យ FUCOD ( ឈ្មោះនិងកូដ ) ត្រូវបញ្ជូនទៅ CR database

| <input checked="" type="checkbox"/> ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២  |   | <input type="checkbox"/> ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត |  | <input type="checkbox"/> FUCOD |              |
|---|---|---|--|--------------------------------|--------------|
| ១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌដែលបណ្តាលស្លាប់ដោយផ្ទាល់នៅក្នុងជួរ ក<br><br>រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍តាមលំដាប់លំដោយ (បើមាន)<br><br>បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុបន្ទាប់បន្សំនៃការស្លាប់នៅជួរក្រោមគេបង្អស់។ | ក | ហូរឈាមខ្លាំង  | ចន្លោះពេល(ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើម រហូតដល់ពេលស្លាប់) | ១ ថ្ងៃ                         | អ្នកកំណត់កូដ |
|   | ខ | ជំងឺសសៃប្រសាទដែលបណ្តាលមកពីរលាកឆ្អឹងធ្ងន់ធ្ងរ                  |  | ២ ថ្ងៃ                         |              |
|   | គ |   |  |                                |              |
|   | ឃ |   |  |                                |              |
| ២. លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងៗទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការស្លាប់ (ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក នៅក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ)   |   |   |  |                                |              |
|   |   |   |  |                                |              |

| <input checked="" type="checkbox"/> ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២ |  | <input type="checkbox"/> ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត |  | <input checked="" type="checkbox"/> FUCOD |  |
|--|--|---|--|---|--|
|--|--|---|--|---|--|

ICD10-FUCOD  Nam ឈ្មោះ: FUCOD (ជាភាសាអង់គ្លេស)  Na: ឈ្មោះ: FUCOD (ជាភាសាបារាំង)

#### ស្វែងរកកូដ ICD

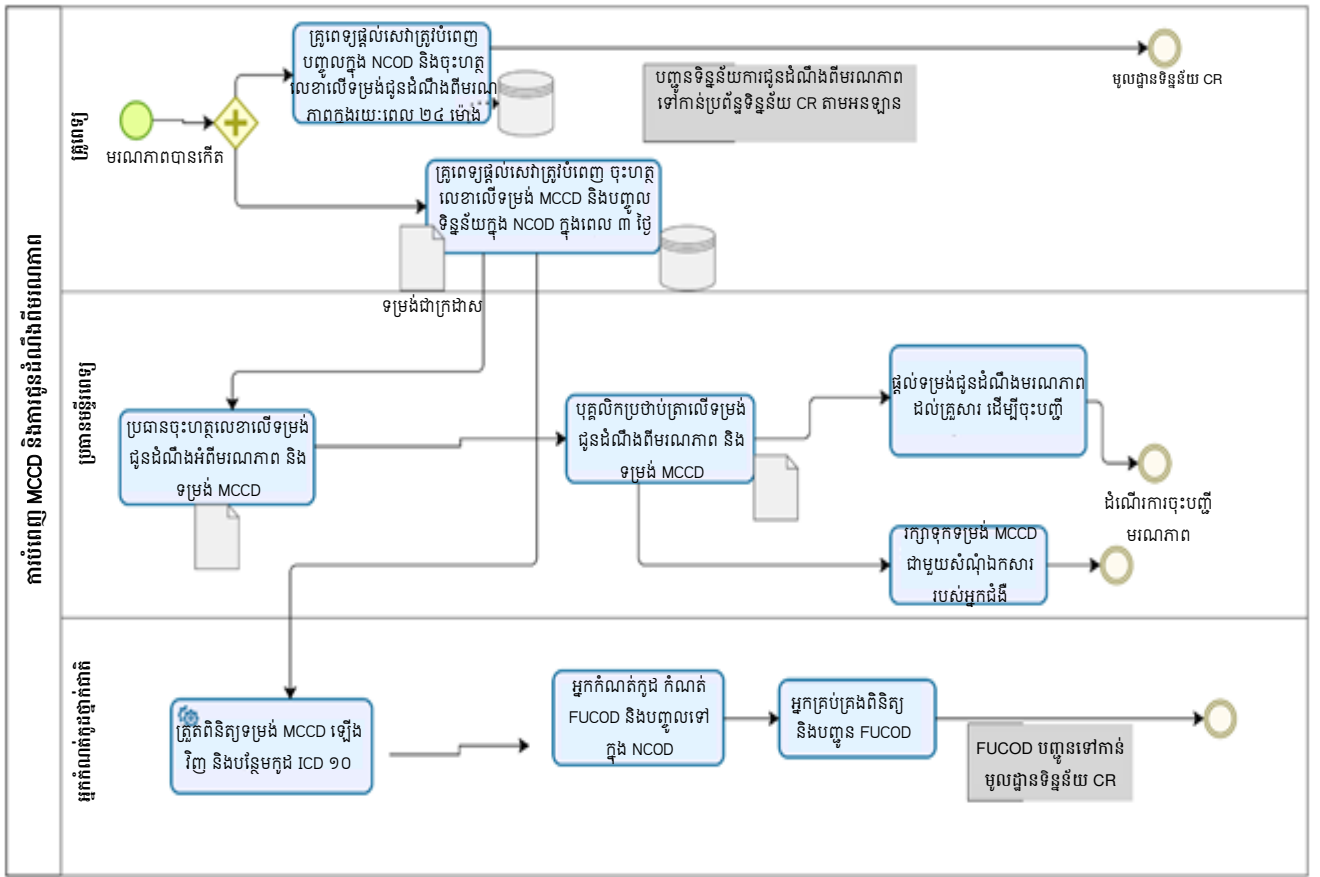
+ បន្ថែមថ្មី

| ល.រ. | ICD១០-FUCOD | ឈ្មោះ: FUCOD ( ជាភាសាខ្មែរ )  | ឈ្មោះ: FUCOD ( ជាភាសាបារាំង )                            |
|------|-------------|---|--|
| ១    | A00         | ជំងឺអាសន្នរោគ   | Choléra  |
| ២    | A00.0       | ជំងឺអាសន្នរោគដែលបណ្តាលមកពីក្រុមមេរោគ Vibrio Cholerae, biovar cholerae | En raison de Vibrio cholerae 0១ choléra, biovar cholerae |
| ៣    | A00.១       | ជំងឺអាសន្នរោគដែលបណ្តាលមកពីក្រុមមេរោគ Vibrio Cholerae, biovar eltor    | En raison de Vibrio cholerae 0១ choléra, biovar eltor    |
| ៤    | A00.៩       | ជំងឺអាសន្នរោគ មិនបានបញ្ជាក់   | Choléra sans precision                                   |
| ៥    | A0១         | ជំងឺគ្រុនពោះវៀន និងជំងឺគ្រុនពោះវៀនកម្រិតស្រាលប្រភេទប៉ារ៉ាទីហ្វូអ៊ីត   | Les fièvres typhoïde et paratyphoïde                     |
| ៦    | A0១.0       | ជំងឺគ្រុនពោះវៀន   | La fièvres typhoïde                                      |
| ៧    | A0១.00      | ជំងឺគ្រុនពោះវៀន មិនបានបញ្ជាក់   | La fièvres typhoïde                                      |
| ៨    | A0១.0១      | ជំងឺគ្រុនពោះវៀនដែលបណ្តាលឱ្យរលាកស្រាមខួរ (Typhoid meningitis)          | La méningite typhoïde                                    |
| ៩    | A0១.0២      | ជំងឺគ្រុនពោះវៀនដែលពាក់ព័ន្ធនឹងបេះដូង                                  | La fièvres typhoïde avec une atteinte cardiaque          |
| ១០   | A0១.0៣      | ជំងឺគ្រុនពោះវៀនដែលពាក់ព័ន្ធនឹងការរលាកសួត                              | Pneumonie typhoïde                                       |

| កូដ   | ឈ្មោះជាភាសាខ្មែរ  | ឈ្មោះជាភាសាបារាំង  |
|-------|---|--|
| A00   | ជំងឺអាសន្នរោគ   | Choléra  |
| A00.0 | ជំងឺអាសន្នរោគដែលបណ្តាលមកពីក្រុមមេរោគ Vibrio Cholerae, biovar cholerae | En raison de Vibrio cholerae 0១ choléra, biovar cholerae |
| A00.១ | ជំងឺអាសន្នរោគដែលបណ្តាលមកពីក្រុមមេរោគ Vibrio Cholerae, biovar eltor    | En raison de Vibrio cholerae 0១ choléra, biovar eltor    |
| A00.៩ | ជំងឺអាសន្នរោគ មិនបានបញ្ជាក់   | Choléra sans precision                                   |
| A0១   | ជំងឺគ្រុនពោះវៀន និងជំងឺគ្រុនពោះវៀនកម្រិតស្រាលប្រភេទប៉ារ៉ាទីហ្វូអ៊ីត   | Les fièvres typhoïde et paratyphoïde                     |
| A0១.0 | ជំងឺគ្រុនពោះវៀន   | La fièvres typhoïde                                      |
| A0១.១ | ជំងឺគ្រុនពោះវៀនប៉ារ៉ាទីហ្វូអ៊ីតប្រភេទ A                               | La fièvres paratyphoïde A                                |
| A0១.២ | ជំងឺគ្រុនពោះវៀនប៉ារ៉ាទីហ្វូអ៊ីតប្រភេទ B                               | La fièvres paratyphoïde B                                |
| A0១.៣ | ជំងឺគ្រុនពោះវៀនប៉ារ៉ាទីហ្វូអ៊ីតប្រភេទ C                               | La fièvres paratyphoïde C                                |
| A0១.៤ | ជំងឺគ្រុនពោះវៀនប៉ារ៉ាទីហ្វូអ៊ីត មិនបានបញ្ជាក់                         | La fièvres paratyphoïde, sans precision                  |
| A0២   | ការឆ្លងមេរោគ salmonella ដទៃទៀត  | Autres infections à Salmonella                           |

## 12. លំហូរទិន្នន័យ MCCD ទូទៅ

រូបភាពទី១ បង្ហាញអំពីលំហូរទិន្នន័យ ឬផែនទីដំណើរការការងារ ដែលពណ៌នាអំពីដំណើរការជូនដំណឹងពីមរណភាព ការបញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព MCCD ការកំណត់កូដមរណភាព ICD និងការពិនិត្យផ្ទៀងផ្ទាត់ FUCOD ចុងក្រោយ និងការបញ្ជូនទិន្នន័យ ទៅប្រព័ន្ធទិន្នន័យ CR database។



**រូបភាពទី១៖** ផែនការដំណើរការការងារជា ដែលបង្ហាញការជូនដំណឹងពីមរណភាព ការបញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព MCD និងដំណើរការកំណត់កូដមរណភាព ICD ១០ នៅប្រទេសកម្ពុជា។

**13. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់ទារកស្លាប់កើត**

ទារកស្លាប់កើតភាគច្រើនកើតឡើងនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល។ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលដែលពាក់ព័ន្ធលើទារកស្លាប់កើត ត្រូវតែកំណត់មូលហេតុនៃមរណភាព និងបំពេញទម្រង់ទារកស្លាប់កើត (ឧបសម្ព័ន្ធទី៤) បញ្ជូលទិន្នន័យទៅក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD។ នៅពេលបុគ្គលិកបញ្ជូល និងដាក់ជូនទិន្នន័យទៅក្នុង NCOD នោះទិន្នន័យទារកស្លាប់កើតនឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់ វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិ (NIS)។

នាយកដ្ឋានផែនការនិងព័ត៌មានសុខាភិបាល នៃក្រសួងសុខាភិបាល ត្រូវប្រមូលទិន្នន័យចំនួន ៩ ចំនុចសម្រាប់ទារកស្លាប់កើត និងបញ្ជូនទិន្នន័យទាំងនោះទៅកាន់ វិទ្យាស្ថានជាតិស្ថិតិនៃក្រសួងផែនការ ។

ទិន្នន័យទាំង ៩ ផ្នែកនោះ រួមមាន៖

- កាលបរិច្ឆេទនៃការកើតហេតុ (ការសម្រាលកូន)
- ទីកន្លែងកើតហេតុ
- ភេទរបស់ទារក
- អាយុភក់
- មូលហេតុនៃទារកស្លាប់កើត
- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតរបស់ម្តាយ
- ទីកន្លែងស្នាក់នៅធម្មតារបស់ម្តាយ
- ចំនួនកំណើតរស់ដែលម្តាយបានសម្រាល (គិតត្រឹមពេលរាយការណ៍)

- ចំនួនទារកស្លាប់កើតរបស់ម្តាយ (គិតត្រឹមពេលរាយការណ៍)

គ្រប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាលត្រូវតែប្រមូលទិន្នន័យទារកស្លាប់កើត ហើយអាចបញ្ជូលទិន្នន័យនេះទៅក្នុងទម្រង់ M CCD ក្នុងប្រព័ន្ធ NCOD ដោយផ្ទាល់ ដោយមិនចាំបាច់ប្រើទម្រង់ទារកស្លាប់កើតជាលក្ខណៈក្រដាសនោះទេ។ បន្ទាប់មក ទម្រង់ M CCD របស់ទារក នឹងត្រូវបានបញ្ជូនទៅកាន់ក្រុមការងារដាក់កូដមរណភាព ថ្នាក់ជាតិ តាមរយៈប្រព័ន្ធ NCOD ហើយក្រុមការងារដាក់កូដមរណភាព ថ្នាក់ជាតិនឹងកំណត់ FUCOD ចុងក្រោយ សម្រាប់ទារកស្លាប់កើតទាំងនេះ ដោយអនុវត្តវិធាននៃការកំណត់កូដមរណភាព។

**ឧទាហរណ៍អំពីទម្រង់ M CCD ដែលបានបំពេញរួច សម្រាប់ទារកស្លាប់កើត**

| ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និង ផ្នែកទី២   |  |                                 |  |                |
|---|--|---------------------------------|--|----------------|
| ១.រាយការណ៍អំពីជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌ ដែលបណ្តាលអោយស្លាប់ដោយផ្ទាល់ នៅក្នុងផ្ទះ (ក)<br><br>រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍តាមលំដាប់លំដោយ (បើមាន)<br><br>បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុឫសគល់នៃមរណភាពនៅផ្ទះក្រោមគេបង្អស់។ |  | <b>មូលហេតុនៃការស្លាប់</b>       | <b>រយៈពេលកើតជំងឺដល់ពេលស្លាប់</b>                       |                |
|   |  | a                               | ស្លាប់កើត  | នៅពេលសម្រាលកូន |
|   |  | b                               | ជំងឺទឹកនោមផ្អែមរបស់ម្តាយប៉ះពាល់ដល់គភ៌ និងទារកទើបនឹងកើត |                |
|   |  | c                               |  |                |
|   |  | d                               |  |                |
| ២.លក្ខខណ្ឌសំខាន់ផ្សេងទៀត ដែលរួមចំណែកដល់មរណភាព (ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចកនៅពីក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ)   |  | មានផ្ទៃពោះ (អាយុគភ៌ ៣២ សប្តាហ៍) |  |                |

**14. នីតិវិធីប្រតិបត្តិស្តង់ដារ សម្រាប់សវនកម្ម ការត្រួតពិនិត្យ ការតាមដាន និងការវាយតម្លៃ**

នៅចុងឆ្នាំ២០២០ នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល បានចាប់ផ្តើមអនុវត្ត M CCD នៅកម្ពុជា។ តារាង ទី១ បង្ហាញអំពីព័ត៌មានកម្រិតមូលដ្ឋាននៃមន្ទីរពេទ្យគោលដៅ ដែលត្រូវបានកំណត់សម្រាប់ការអនុវត្ត M CCD។

| ព័ត៌មានកម្រិតមូលដ្ឋាននៃមន្ទីរពេទ្យគោលដៅ                                 | ចំនួន | %    |
|---|-------|------|
| ចំនួនមន្ទីរពេទ្យគោលដៅ   | ៣៤    | -    |
| ចំនួនមន្ទីរពេទ្យដែលបានបញ្ចប់ការវាយតម្លៃ                                 | ៩     | ២៦,៥ |
| ចំនួនមន្ទីរពេទ្យដែលប្រើទម្រង់ M CCD ស្តង់ដារ                            | ៦     | ៦៦,៧ |
| ចំនួនមន្ទីរពេទ្យដែលមិនប្រើទម្រង់ M CCD ស្តង់ដារ                         | ៣     | ៣៣,៣ |
| ចំនួនមន្ទីរពេទ្យដែលបានបញ្ជូនទម្រង់ M CCD សម្រាប់វាយតម្លៃ                | ៦     | ១៧,៦ |
| ចំនួន M CCD ដែលបានវាយតម្លៃ (១០ M CCD/មូលដ្ឋានសុខាភិបាល)                 | ៦០    | ១៧,៦ |
| ចំនួនសរុបនៃគ្រូពេទ្យព្យាបាលដែលត្រូវបានជួលឱ្យបម្រើការងារ (៩ មន្ទីរពេទ្យ) | ១៤៨៥  | -    |
| ចំនួនវេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការបញ្ជាក់ M CCD           | ៣០៨   | ២០,៧ |
| ចំនួនអ្នកកំណត់កូដ/វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពី "ICD"        | ១៧    | -    |

តារាងទី១៖ ព័ត៌មានមូលដ្ឋានអំពីការអនុវត្ត M CCD នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យគោលដៅនៅកម្ពុជា

មានតែមន្ទីរពេទ្យតែ ៩ (២៦,៥%) ប៉ុណ្ណោះ ក្នុងចំណោមមន្ទីរពេទ្យគោលដៅចំនួន ៣៤ ដែលបានចូលរួមនៅក្នុងការវាយតម្លៃ។ ក្នុងចំណោមមន្ទីរពេទ្យទាំង ៩ នេះ មន្ទីរពេទ្យចំនួនប្រាំមួយ (៦៦,៧%) កំពុងប្រើប្រាស់ទម្រង់ MCCD ស្តង់ដាររបស់ WHO ឆ្នាំ២០១៦។ គេបានកត់សម្គាល់ផងដែរថា ក្នុងចំណោមមន្ទីរពេទ្យគោលដៅទាំង ៣៤ មានមន្ទីរពេទ្យតែ ៦ (១៧,៦%) ប៉ុណ្ណោះដែលបានឆ្លើយតប និងបញ្ជូនចំនួនដែលពាក់ព័ន្ធនៃសំណៅចម្លង MCCD ដែលបានបំពេញរួចរាល់ សម្រាប់ការវាយតម្លៃ។ ចំនួនវេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការបញ្ជាក់ MCCD នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យចំនួន ៩ មានចំនួន ៣០៨ នាក់ (២០,៧%) (តារាងទី ២)។

| ប្រភេទកំហុសឆ្គង (៦ មន្ទីរពេទ្យ ១០ ទម្រង់/មន្ទីរពេទ្យ)                              | (n= ៦០) |         |
|--|---------|---------|
|  | % មាន   | % គ្មាន |
| មូលហេតុនៃមរណភាពច្រើនក្នុងជួរតែមួយ  | ៥,០     | ៩៥,០    |
| មិនបានបញ្ជូលចន្លោះពេល  | ៦៥,៥    | ៣៤,៥    |
| មិនបំពេញជួរមួយចំនួននៅក្នុងលំដាប់លំដោយនៃហេតុការណ៍                                   | ០       | ១០០     |
| ប្រើអក្សរកាត់នៅក្នុងការបញ្ជាក់   | ២៤,១    | ៧៥,៩    |
| អក្សរសរសេរដោយដៃ ដែលអានមិនដាច់  | ៥,៥     | ៩៤,៥    |
| ខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍ដែលបណ្តាលឱ្យស្លាប់មិនទំនង/មិនត្រឹមត្រូវតាមលក្ខណៈនៃការព្យាបាល | ២៨,៦    | ៧១,៤    |
| លក្ខខណ្ឌដែលត្រូវបានបញ្ជូល UCOD ត្រូវបានកំណត់មិនបានល្អ                              | ១៧,៩    | ៨២,១    |
| MCCD ដែលត្រូវបានបំពេញត្រឹមត្រូវ  | ១៦,៧    | ៨៣,៣    |

**តារាងទី២៖ គុណភាពនៃការបញ្ជាក់ MCCD មុនពេលធ្វើអន្តរាគមន៍ នៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យគោលដៅនៃប្រទេសកម្ពុជា**

យោងតាមលទ្ធផលមុនពេលអន្តរាគមន៍ កំហុសដ៏ធំបំផុតក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជាក់ MCCD គឺជាការមិនបញ្ជូល “ចន្លោះពេល” ពីការកើតជំងឺរហូតដល់ពេលស្លាប់ និងគិតជាភាគរយមានចំនួន ៦៥,៥%។ កំហុសចម្បងៗដទៃទៀត ដែលត្រូវបានប្រព្រឹត្តដោយគ្រូពេទ្យព្យាបាលក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជាក់ មានចំនួន ២៨,៦% “ការប្រើប្រាស់អក្សរកាត់ក្នុងអំឡុងពេលបញ្ជាក់” ២៤,១% និង “លក្ខខណ្ឌដែលត្រូវបានបញ្ជូល UCOD ត្រូវបានកំណត់មិនបានល្អ” ១៧,៩%។ សរុបមកភាគរយ MCCD ដែលបានបំពេញត្រឹមត្រូវ មានចំនួន ១៦,៧% (តារាងទី២)។

កាលពីខែធ្នូ ក្រសួងសុខាភិបាលបានបង្កើតគណៈកម្មាធិការជាតិ ត្រួតពិនិត្យ និងស៊ើបអង្កេតមរណភាពហើយប្រធានមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត (PHD) គឺជាសមាជិកនៃគណៈកម្មាធិការនេះ។ ត្រួតពិនិត្យមរណភាពគឺជាផ្នែកដ៏សំខាន់មួយនៅក្នុងការកែលម្អគុណភាពការអនុវត្ត MCCD និងទទួលបាន UCOD ចុងក្រោយដែលត្រឹមត្រូវសម្រាប់មរណភាពដែលកើតឡើងនៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។ អាស្រ័យហេតុនេះ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលគួរតែបង្កើតគណៈកម្មាធិការត្រួតពិនិត្យមរណភាពផ្ទៃក្នុង ដើម្បីអនុវត្តការងារដូចខាងក្រោម៖

- តាមដានដំណើរការនៃការជូនដំណឹងពីមរណភាព និងស្ថានភាពនៃការអនុវត្ត MCCD នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
- ធ្វើការត្រួតពិនិត្យគុណភាពទិន្នន័យសម្រាប់ការបញ្ជាក់ MCCD ដើម្បីធានាថា ទិន្នន័យមរណភាពមានគុណភាពល្អ
- ធ្វើសវនកម្មមរណភាព និងពិនិត្យមើលកំហុសឆ្គងនៃការបញ្ជាក់នៅក្នុងទម្រង់ MCCD ដែលបានបំពេញរួច
- វាយតម្លៃអំពីភាពត្រឹមត្រូវនៃទិន្នន័យនៅក្នុងការបញ្ជាក់ MCCD

- ផ្តល់មតិត្រឡប់ទៅកាន់គ្រូពេទ្យអំពីគុណភាពនៃការបញ្ជាក់ M CCD។

**ត្រួតពិនិត្យ ការបញ្ជាក់ M CCD មានសមាសធាតុពីរ គឺ៖**

- ការត្រួតពិនិត្យទម្រង់ M CCD ដែលបានបំពេញរួច ដោយគណៈកម្មាធិការត្រួតពិនិត្យរៀងរាល់ខែ routine check ។
- ការត្រួតពិនិត្យឡើងវិញលើទម្រង់ M CCD ដែលបានបំពេញរួច ដោយប្រើបញ្ជីត្រួតពិនិត្យ assessment checklist

**សូចនាករគន្លឹះ: Key Indicators ដែលមានសម្រាប់ត្រួតពិនិត្យដំណើរការនៃការបញ្ជាក់ M CCD មានសូចនាករគន្លឹះ ជាច្រើនសម្រាប់ត្រួតពិនិត្យដំណើរការនៃការបញ្ជាក់ M CCD ត្រូវបានរៀបរាប់នៅខាងក្រោម៖**

- ភាគរយនៃ M CCD ដែលត្រូវបានបំពេញ ធៀបចំនួនមរណភាពនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
- ភាគរយនៃ M CCD ដែលត្រូវបានចេញក្នុងរយៈពេលដែលបានកំណត់ (ក្នុងរយៈពេល ២៤ ម៉ោង ចាប់ពីពេលទទួលមរណភាព) ធៀបនឹងចំនួនសរុបនៃ M CCD ដែលត្រូវបានចេញនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល
- ភាគរយនៃ M CCDs ដែលត្រូវបានបំពេញត្រឹមត្រូវ ក្នុងរយៈពេលដែលបានកំណត់ ធៀបនឹងចំនួនសរុបនៃ M CCDs ដែលត្រូវបានចេញក្នុងរយៈពេលដែលបានកំណត់
- ភាគរយនៃ M CCDs ដែលមានកំហុសឆ្គងក្នុងការបញ្ជាក់ ក្នុងចំនួនសរុបនៃ M CCDs
- ភាគរយនៃគ្រូពេទ្យដែលបានទទួលការបណ្តុះបណ្តាលអំពីការបញ្ជាក់ M CCD និងការជូនដំណឹងពីមរណភាព
- ចំនួនកំណើតរស់ដែលត្រូវបានជូនដំណឹងទៅ CR database
- ចំនួនមរណភាពដែលត្រូវបានជូនដំណឹង ទៅ CR database
- ចំនួនមរណភាពបានបំពេញ M CCD
- ចំនួនមរណភាពមាន FUCOD ចុងក្រោយ
- ចំនួន និងភាគរយនៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាល (HFs) ដែលអាចរាយការណ៍អំពីមូលហេតុនៃមរណភាព
- ភាគរយនៃមរណភាពដែលត្រូវបានរាយការណ៍ បានបញ្ជាក់ មូលហេតុនៃមរណភាពផងដែរ
- ភាគរយនៃមរណភាពដែលត្រូវបានរាយការណ៍ រួមទាំង FUCOD ចុងក្រោយ ក្រោយពេលកំណត់កូដមរណភាពផងដែរ។

**កំហុសឆ្គងក្នុងការបញ្ជាក់ M CCD**

- មូលហេតុនៃមរណភាពច្រើនក្នុងជួរតែមួយ
- មិនបំពេញចន្លោះពេលចាប់ពីមានជំងឺរហូតដល់ពេលស្លាប់
- មិនបំពេញជួរមួយចំនួននៅក្នុងលំដាប់លំដោយនៃហេតុការណ៍
- ប្រើអក្សរកាត់ដែលគ្មានស្តង់ដារ
- អក្សរសរសេរដោយដៃរបស់អ្នកបញ្ជាក់ ដែលអានមិនដាច់
- កត់ត្រាលំដាប់លំដោយនៃហេតុការណ៍ដែលបណ្តាលឱ្យស្លាប់មិនបានត្រឹមត្រូវ ឬមិនទំនងតាមលក្ខណៈនៃការព្យាបាល
- លក្ខខណ្ឌដែលត្រូវបានបញ្ចូល UCOD ត្រូវបានកំណត់មិនបានល្អ

- កត់ត្រាមូលហេតុប្រសព្វនៃមរណភាព ដែលមិនអាចកើតឡើងបាន (ពោលគឺ កត់ត្រាសញ្ញា និងរោគសញ្ញាជាមូលហេតុប្រសព្វ)
- កត់ត្រាលក្ខណៈនៃការស្លាប់ជាមូលហេតុនៃមរណភាព (ឧ. ការគាំងផ្លូវដង្ហើម ការគាំងបេះដូង។ល។)
- មានកំហុសឆ្គងដទៃទៀត/បន្ថែមទៀតនៅលើលិខិតបញ្ជាក់ (មិនបានបំពេញព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមនៃមរណភាពដែលបណ្តាលមកពីមូលហេតុខាងក្រៅ កោសិកាមហារីក មិនកត់ត្រាឯកតាបញ្ជាក់អំពីអាយុ។ល។)
- ការកែប្រែ/កែសម្រួល ដោយវិធីណាមួយ ក្រៅពីការគូសបន្ទាត់កាត់អក្សរដើម (ពោលគឺ ការប្រើប្រាស់ទឹកលុប)។

**15. ឯកសារណែនាំដទៃទៀត**

នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល (DPHI) នៃក្រសួងសុខាភិបាល (MOH) បានបង្កើតឯកសារណែនាំគន្លឹះ ដែលអាចប្រើប្រាស់បាន ដូចបានរាយនាមនៅខាងក្រោម៖

- កម្មវិធីសិក្សា M CCD សម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជា ឆ្នាំ២០២២
- ការបំពេញទម្រង់ M CCD - សៀវភៅណែនាំ ឆ្នាំ២០២២
- មគ្គុទ្ទេសក៍ណែនាំខ្លីៗរបស់ MOH កម្ពុជា ស្តីពីការបញ្ជាក់ M CCD ឆ្នាំ២០២២
- ជំនួយការងារសម្រាប់អ្នកកំណត់កូដមរណភាព ឆ្នាំ២០២៣

16. បញ្ជីឧបសម្ព័ន្ធ

ឧបសម្ព័ន្ធទី១ - ទម្រង់លិខិតជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ



(ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល)

លិខិតជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់

លេខសម្គាល់:.....

លេខចេញ:

|   |   |  |  |   |  |   |  |
|---|---|--|--|---|--|---|--|
| ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល:  |   | ប្រភេទទីកន្លែងកំណើត:   |  |   |  | លេខកូដមូលដ្ឋានសុខាភិបាល:  |  |
|   |   | <input type="checkbox"/> នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ<br><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់.....  |  |   |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>   |  |
| ឈ្មោះទារក: នាមត្រកូល ..... នាមខ្លួន ..... <input type="checkbox"/> មិនទាន់មានឈ្មោះ: |   |  |  |   |  |   |  |
| ភេទទារក:  | ទម្ងន់ទារកកើត<br>(ជា ក្រាម):  | ប្រភេទកំណើតទារក  |  | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:   |  | ម៉ោងកើត (២៤ម៉ោង):   |  |
| <input type="checkbox"/> ប្រុស<br><input type="checkbox"/> ស្រី                     | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> | <input type="checkbox"/> កូនទោល <input type="checkbox"/> ភ្លោះពីរ<br><input type="checkbox"/> ភ្លោះបី <input type="checkbox"/> ភ្លោះបួន<br><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់..... |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  | <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |  |
| ទីកន្លែងកំណើត (ទីតាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬ ផ្ទះ ឬ កន្លែងផ្សេងៗ):                      |   |  |  | ប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាលកូន:   |  |   |  |
| ឃុំ/សង្កាត់ ..... ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ .....<br>រាជធានី-ខេត្ត.....                      |   |  |  | <input type="checkbox"/> វេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់ <input type="checkbox"/> វេជ្ជបណ្ឌិត<br><input type="checkbox"/> ឆ្មប <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់.....  |  |   |  |
| <b>ព័ត៌មានឪពុកម្តាយ</b>   |   |  |  |   |  |   |  |
| ឈ្មោះម្តាយ:   |   | ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់ម្តាយ:   |  |   | ចំនួនទារកកើតរស់  |   |  |
| នាមត្រកូល .....<br>នាមខ្លួន.....<br>លេខទូរស័ព្ទម្តាយ .....                          |   | ឃុំ/សង្កាត់ .....<br>ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ .....<br>រាជធានី/ខេត្ត.....  |  |   | (មកដល់បច្ចុប្បន្ន):<br><input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> |   |  |
| ឈ្មោះឪពុក:  |   |  |  |   |  |   |  |
| នាមត្រកូល ..... នាមខ្លួន.....<br>លេខទូរស័ព្ទឪពុក .....                              |   |  |  |   |  |   |  |

ថ្ងៃ..... ខែ..... ឆ្នាំ..... បញ្ជាក់ ពស. ២៥.....  
 ..... ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ២០២.....

ហត្ថលេខាត្រូវពេទ្យ

បានឃើញ និងឯកភាព  
ប្រធានមូលដ្ឋានសុខាភិបាល  
ហត្ថលេខា

**ឧបសម្ព័ន្ធទី២ - ទម្រង់លិខិតជូនដំណឹងពីមរណភាព**

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**



(ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល)  
លេខចេញ៖

**លិខិតជូនដំណឹងពីមរណភាព**

លេខសម្គាល់៖ .....

|   |   |  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|---|---|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|
| ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖  |   | ប្រភេទទីកន្លែងមរណភាព៖<br><input type="checkbox"/> នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ<br><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់ .....                          |   | លេខកូដមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖<br><input type="text"/>   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| ឈ្មោះមរណជន * ៖<br>នាមត្រកូល៖<br>នាមខ្លួន៖<br>*ប្រសិនបើអ្នកស្លាប់ទើបនឹងកើត ដោយគ្មានឈ្មោះ ចូរសរសេរ "កូនរបស់ <ឈ្មោះម្តាយ>"   |   | ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព៖<br><table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr> </table> |   | D  | D | M | M | Y | Y | Y   | Y | ម៉ោងទទួលមរណភាព(២៤ម៉ោង)៖<br><table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr><td>H</td><td>H</td><td>:</td><td>M</td><td>M</td></tr> </table> |  | H | H | : | M | M |
| D   | D | M  | M | Y  | Y | Y | Y |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| H   | H | :  | M | M  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖<br><table border="1" style="width:100%; text-align:center;"> <tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr> </table> |   | D  | D | M  | M | Y | Y | Y | Y | អាយុ បើមិនមានថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>ឬតិចជាង ២៤ ម៉ោង៖ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> នាទី |   | ភេទមរណជន៖<br><input type="checkbox"/> ប្រុស<br><input type="checkbox"/> ស្រី  |  |   |   |   |   |   |
| D   | D | M  | M | Y  | Y | Y | Y |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|   |   |  |   | ប្រភេទនៃមរណភាព៖<br><input type="checkbox"/> ស្លាប់ករណីធម្មតា<br><input type="checkbox"/> ស្លាប់ករណីមិនធម្មតា |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| ទីកន្លែងមរណភាព(មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះ ឬកន្លែងផ្សេងៗ)៖<br>ឃុំ/សង្កាត់៖ ..... ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ .....<br>រាជធានី-ខេត្ត៖ .....  |   | ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់មរណជន (ឬទីលំនៅឋានរបស់ម្តាយបើមរណជនជាទារក)៖<br>ឃុំ/សង្កាត់៖ ..... ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ .....<br>រាជធានី-ខេត្ត៖ .....  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| លេខទូរសព្ទ ញាតិមរណជន ឬ អ្នករាយការណ៍ ៖ .....   |   |  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |

ថ្ងៃ..... ខែ..... ឆ្នាំ..... បញ្ជាក់ ពស. ២៥.....  
..... ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ២០២.....  
ហត្ថលេខាត្រូវពេទ្យ

**បានឃើញ និងឯកភាព**  
ប្រធានមូលដ្ឋានសុខាភិបាល  
ហត្ថលេខា

ឧបសម្ព័ន្ធទី៣ - ទម្រង់ MCCD



ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖

លិខិតជូនដំណឹងពីមរណភាព

លេខចេញ៖ .....

លេខសម្គាល់៖ .....

|  |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|--|---|---|---|---|---|--|---|--|--|---|---|---|---|---|
| ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖   |   | ប្រភេទទីកន្លែងមរណភាព៖<br><input type="checkbox"/> នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ<br><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់ ..... |   | លេខកូដមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖<br><input type="text"/>   |   |   |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| ឈ្មោះមរណជន *៖<br>នាមត្រកូល៖<br>នាមខ្លួន៖<br>*ប្រសិនបើអ្នកស្លាប់ទើបនឹងកើត ដោយគ្មានឈ្មោះ ចូរសរសេរ "កូន<br>របស់ <ឈ្មោះម្តាយ>"                   |   | ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព៖<br><table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>             |   | D  | D | M | M | Y | Y | Y  | Y | ម៉ោងទទួលមរណភាព(២៤ម៉ោង)៖<br><table border="1"> <tr> <td>H</td><td>H</td><td>:</td><td>M</td><td>M</td> </tr> </table> |  | H | H | : | M | M |
| D  | D | M   | M | Y  | Y | Y | Y |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| H  | H | :   | M | M  |   |   |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖<br><table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table> |   | D   | D | M  | M | Y | Y | Y | Y | អាយុ បើមិនមានថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>ឬតិចជាង ២៤ ម៉ោង៖ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> នាទី |   | ភេទមរណជន៖<br><input type="checkbox"/> ប្រុស<br><input type="checkbox"/> ស្រី   |  |   |   |   |   |   |
| D  | D | M   | M | Y  | Y | Y | Y |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   | ប្រភេទនៃមរណភាព៖<br><input type="checkbox"/> ស្លាប់ករណីធម្មតា<br><input type="checkbox"/> ស្លាប់ករណីមិនធម្មតា |   |   |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| ទីកន្លែងមរណភាព(មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះឬ កន្លែងផ្សេងៗ)៖<br>ឃុំ/សង្កាត់៖ ..... ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖<br>..... រាជធានី-ខេត្ត៖ .....                 |   | ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់មរណជន(ឬទីលំនៅឋានរបស់ម្តាយបើមរណជនជា<br>ទារក)៖<br>ឃុំ/សង្កាត់៖ ..... ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ ..... រាជធានី-<br>ខេត្ត៖ .....               |   |  |   |   |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |
| លេខទូរស័ព្ទរបស់បញ្ជីមរណជន ឬ អ្នករាយការណ៍ ៖ .....   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |  |   |  |  |   |   |   |   |   |

លិខិតជូនដំណឹងស្របច្បាប់មូលហេតុមរណភាព

| ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និង ផ្នែកទី២  |   |   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| ១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ<br>ឬលក្ខខណ្ឌ ដែលបណ្តាលអោយ<br>ស្លាប់ដោយផ្ទាល់នៅក្នុងផ្លូវ ក<br>រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុ<br>ការណ៍តាមលំដាប់លំដោយ (បើ<br>មាន)<br>បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុបន្ទាប់បន្សំនៃ<br>ការស្លាប់នៅជួរក្រោមគេបង្អស់។ |   | ក   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   | ខ   | ដោយសារ៖ |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   | គ   | ដោយសារ៖ |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   | ឃ   | ដោយសារ៖ |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ២. លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការ<br>ស្លាប់<br>(ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក នៅ<br>ពីក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ)  |   |   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រជំនុំទៀត   |   |   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |
| តើមានការវះកាត់ក្នុងរយៈពេល ១៤ សប្តាហ៍ចុងក្រោយដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង  |   |   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់   |   | <table border="1"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table> |         | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
| D  | D | M   | M       | Y | Y | Y | Y |   |   |   |   |
| ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការវះកាត់<br>(មរណភាព ឬលក្ខខណ្ឌ)   |   |   |         |   |   |   |   |   |   |   |   |

|   |   |  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
|---|---|--|------------------------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|
| តើមានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិច័យ ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង  |   |  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ប្រសិនបើមាន តើរបកគំហើញនានាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់នេះដែរឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនដឹង |   |  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>ស្ថានភាពនៃការស្លាប់:</b>   |   |  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺ   | <input type="checkbox"/> ការបំពានផ្លូវកាយ             | <input type="checkbox"/> មិនអាចកំណត់បាន  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> ឧបទ្វីហេតុ   | <input type="checkbox"/> អន្តរាគមន៍តាមផ្លូវច្បាប់     | <input type="checkbox"/> រង់ចាំការស៊ើបអង្កេត   |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> ការធ្វើបាបខ្លួនឯងដោយចេតនា/អត្តឃាដ  | <input type="checkbox"/> សង្គ្រាម                     | <input type="checkbox"/> មិនដឹង  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ប្រសិនបើមានមូលហេតុខាងក្រៅ ឬជាតិពុល: <input type="checkbox"/> មូលហេតុខាងក្រៅ   | កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់                                | <table border="1" style="width:100%; text-align: center;"> <tr> <td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td> </tr> </table>      |                                    | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
| D   | D   | M  | M                                  | Y | Y | Y | Y |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> ការពុល   |   |  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| សូមពណ៌នាថា តើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា (ប្រសិនបើការពុល សូមបញ្ជាក់អំពីសារធាតុពុល)  |   |  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>ទីកន្លែងកើតមូលហេតុខាងក្រៅ:</b>   |   |  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> នៅលំនៅឋាន  | <input type="checkbox"/> ស្ថាប័នទីលំនៅ                | <input type="checkbox"/> សាលារៀន ស្ថាប័នដទៃទៀត តំបន់រដ្ឋបាលសាធារណៈ:  | <input type="checkbox"/> កីឡាដ្ឋាន |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> តាមដងផ្លូវ និងហាយវេ  | <input type="checkbox"/> តំបន់ពាណិជ្ជកម្ម និងសេវាកម្ម | <input type="checkbox"/> តំបន់ឧស្សាហកម្ម និងតំបន់សាងសង់  | <input type="checkbox"/> កសិដ្ឋាន  |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> កន្លែងដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់):   |   |  | <input type="checkbox"/> មិនដឹង    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>ការស្លាប់ក្នុងផ្ទៃ និង ទារក:</b>   |   |  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| មានផ្ទៃពោះច្រើនដង <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង   |   | ទារកកើតស្លាប់ <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ប្រសិនបើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់ចំនួនម៉ោងដែលបានរស់   |   | ទម្ងន់ទារក (គិតជាគ្រាម)  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| អាយុគភ៌គិតជាសប្តាហ៍   |   | អាយុម្តាយ (គិតជាឆ្នាំ)   |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ប្រសិនបើស្លាប់ជុំវិញកំណើត សូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើអោយប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត  |   |  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>ចំពោះស្ត្រី តើអ្នកស្លាប់មានផ្ទៃពោះដែរឬទេ ?</b>   |   | <input type="checkbox"/> នៅពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> <៤២ថ្ងៃមុនពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> ៤៣ថ្ងៃ-១ឆ្នាំមុនពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> មិនដឹង |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង   |   |  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |
| តើការមានផ្ទៃពោះរួមចំណែកដល់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដែរឬទេ ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនដឹង                       |   |  |                                    |   |   |   |   |   |   |   |   |

ថ្ងៃ..... ខែ..... ឆ្នាំ..... បញ្ចប់កំ ពស. ២៥.....  
 ..... ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ២០២.....  
 ហត្ថលេខាត្រូវពេទ្យ

**បានឃើញ និងឯកភាព**  
 ប្រធានមូលដ្ឋានសុខាភិបាល  
 ហត្ថលេខា



|  |   |  |                                    |
|--|---|--|------------------------------------|
| សូមពណ៌នាថា តើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា (ប្រសិនបើការពុល សូមបញ្ជាក់ អំពីសារធាតុពុល)  |   |  |                                    |
| <b>ទីកន្លែងកើតមូលហេតុខាងក្រៅ៖</b>  |   |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ  | <input type="checkbox"/> ទីលំនៅ ជាវិទ្យាស្ថានឬអគារ    | <input type="checkbox"/> សាលារៀន ស្ថាប័នដទៃទៀត តំបន់រដ្ឋបាលសាធារណៈ   | <input type="checkbox"/> កីឡាដ្ឋាន |
| <input type="checkbox"/> ផ្លូវ និងផ្លូវជាតិ  | <input type="checkbox"/> តំបន់ពាណិជ្ជកម្ម និងសេវាកម្ម | <input type="checkbox"/> តំបន់ឧស្សាហកម្ម និងតំបន់សាងសង់  | <input type="checkbox"/> កសិដ្ឋាន  |
| <input type="checkbox"/> កន្លែងដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖  |   |  | <input type="checkbox"/> មិនដឹង    |
| <b>ទារកស្លាប់កើត <input type="checkbox"/> ទារកកើតស្លាប់ <input type="checkbox"/> ៖</b>   |   |  |                                    |
| មានទារកច្រើនក្នុងផ្ទៃ <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង <input type="checkbox"/>       |   | ទារកកើតស្លាប់ <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង <input type="checkbox"/>                                   |                                    |
| បើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់រយៈពេលដែលបានរស់៖<br>.....   |   | ទម្ងន់ទារក (គិតជាក្រាម)៖<br>.....  |                                    |
| ភេទមរណជន៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> មិនដឹង   |   |  |                                    |
| អាយុគភ៌គិតជាសប្តាហ៍  | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតម្តាយ៖<br>.....                       | ឬ អាយុ (គិតជាឆ្នាំ ពេញ)  | .....                              |
| ចំនួនទារកកើតរស់ (មកដល់បច្ចុប្បន្ន)   |   | ចំនួនទារកស្លាប់កើត (មកដល់ បច្ចុប្បន្ន)   |                                    |
| ប្រសិនបើស្លាប់ជុំវិញកំណើត សូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើអោយប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និង ទារកទើបនឹងកើត  |   |  |                                    |
| ចំពោះស្ត្រី មរណជន តើមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ?<br><input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង             |   | <input type="checkbox"/> នៅពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> <៤២ថ្ងៃមុនពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> ៤៣ថ្ងៃ-១ឆ្នាំមុនពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> មិនដឹង |                                    |
| តើការមានផ្ទៃពោះរួមចំណែកដល់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនដឹង |   |  |                                    |

ថ្ងៃ..... ខែ..... ឆ្នាំ..... បញ្ជាក់ ពស. ២៥.....  
 ..... ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ២០២.....

ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យ

**បានឃើញ និងឯកភាព**  
 ប្រធានមូលដ្ឋានសុខាភិបាល  
 ហត្ថលេខា

**ឧបសម្ព័ន្ធទី៥ - ទម្រង់អន្តរជាតិនៃលិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព (WHO ២០១៦)**

|  |                               |                           |         |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
|--|-------------------------------|---------------------------|---------|---|--------------------------------|---|---|--|---------------------------------|--------------------------------|---|------------------------------------|---|---|---|---|---|
| <b>ទិន្នន័យវេជ្ជបាល</b> (អាចបញ្ជាក់បន្ថែមបាន តាមប្រទេស)  |                               |                           |         |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| ភេទ  | <input type="checkbox"/> ស្រី |                           |         |   | <input type="checkbox"/> ប្រុស |   |   |  | <input type="checkbox"/> មិនដឹង |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត   | D                             | D                         | M       | M   | Y                              | Y | Y | Y  | កាលបរិច្ឆេទមរណភាព               | D                              | D | M                                  | M | Y | Y | Y | Y |
| <b>ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និង ផ្នែកទី២</b>   |                               |                           |         |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| ១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌ ដែលបណ្តាលអោយស្លាប់ដោយ ផ្ទាល់នៅក្នុងជួរ ក រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុ ការណ៍តាមលំដាប់លំដោយ (បើមាន) បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុបន្ទាប់បន្សំនៃ ការស្លាប់នៅជួរក្រោមគេបង្អស់។ |                               | <b>មូលហេតុនៃការស្លាប់</b> |         |   |                                |   |   | ចន្លោះពេល<br>(ចាប់ពីពេលមានជំងឺ ដល់ពេលស្លាប់)                       |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
|  |                               | ក                         |         |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
|  |                               | ខ                         | ដោយសារ៖ |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
|  |                               | គ                         | ដោយសារ៖ |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
|  |                               | ឃ                         | ដោយសារ៖ |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| ២. លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការស្លាប់ (ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក នៅពី ក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ)  |                               |                           |         |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| <b>ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត</b>  |                               |                           |         |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| តើមានការវះកាត់ក្នុងរយៈពេល ១៤ សប្តាហ៍ចុងក្រោយដែរឬទេ?  |                               |                           |         |   |                                |   |   | <input type="checkbox"/> មាន                                       |                                 | <input type="checkbox"/> គ្មាន |   | <input type="checkbox"/> មិនដឹង    |   |   |   |   |   |
| ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់   |                               |                           |         |   |                                |   |   | D  | D                               | M                              | M | Y                                  | Y | Y | Y |   |   |
| ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់មូលហេតុនៃ ការវះកាត់ (ជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌ)   |                               |                           |         |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| តើមានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិច័យ?  |                               |                           |         |   |                                |   |   | <input type="checkbox"/> មាន                                       |                                 | <input type="checkbox"/> គ្មាន |   | <input type="checkbox"/> មិនដឹង    |   |   |   |   |   |
| ប្រសិនបើមាន តើរបកគំហើញនាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់នេះដែរឬទេ?  |                               |                           |         |   |                                |   |   | <input type="checkbox"/> បាទ/<br>ចាស                               |                                 | <input type="checkbox"/> ទេ    |   | <input type="checkbox"/> មិនដឹង    |   |   |   |   |   |
| <b>ស្ថានភាពនៃការស្លាប់៖</b>  |                               |                           |         |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> ជំងឺ  |                               |                           |         | <input type="checkbox"/> ការបំពានផ្លូវកាយ             |                                |   |   | <input type="checkbox"/> មិនអាចកំណត់បាន                            |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> ឧបទ្វីហេតុ  |                               |                           |         | <input type="checkbox"/> អន្តរាគមន៍តាមផ្លូវច្បាប់     |                                |   |   | <input type="checkbox"/> រង់ចាំការស៊ើបអង្កេត                       |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> ធ្វើបាបខ្លួនឯងដោយចេតនា  |                               |                           |         | <input type="checkbox"/> សង្គ្រាម                     |                                |   |   | <input type="checkbox"/> មិនដឹង                                    |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| ប្រសិនបើមានមូលហេតុខាងក្រៅ ឬជាតិពុល   |                               |                           |         |   |                                |   |   | កាលបរិច្ឆេទរងរបួស  |                                 | D                              | D | M                                  | M | Y | Y | Y | Y |
| សូមពណ៌នាថាតើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា (ប្រសិនបើការពុល សូមបញ្ជាក់អំពីសារធាតុពុល)  |                               |                           |         |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| <b>ទីកន្លែងកើតមូលហេតុខាងក្រៅ៖</b>  |                               |                           |         |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> នៅលំនៅឋាន   |                               |                           |         | <input type="checkbox"/> ស្ថាប័នទីលំនៅ                |                                |   |   | <input type="checkbox"/> សាលារៀន ស្ថាប័នដទៃទៀត តំបន់រដ្ឋបាលសាធារណៈ |                                 |                                |   | <input type="checkbox"/> កីឡាដ្ឋាន |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> តាមដងផ្លូវ និងហាយវេ   |                               |                           |         | <input type="checkbox"/> តំបន់ពាណិជ្ជកម្ម និងសេវាកម្ម |                                |   |   | <input type="checkbox"/> តំបន់ឧស្សាហកម្ម និងតំបន់សាងសង់            |                                 |                                |   | <input type="checkbox"/> កសិដ្ឋាន  |   |   |   |   |   |
| <input type="checkbox"/> កន្លែងដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖  |                               |                           |         |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   | <input type="checkbox"/> មិនដឹង    |   |   |   |   |   |
| <b>ទារកកើតស្លាប់ ឬមរណភាពទារក</b>   |                               |                           |         |   |                                |   |   |  |                                 |                                |   |                                    |   |   |   |   |   |
| មានផ្ទៃពោះច្រើនដង  |                               |                           |         |   |                                |   |   | <input type="checkbox"/> មាន                                       |                                 | <input type="checkbox"/> គ្មាន |   | <input type="checkbox"/> មិនដឹង    |   |   |   |   |   |
| ទារកកើតស្លាប់?   |                               |                           |         |   |                                |   |   | <input type="checkbox"/> មាន                                       |                                 | <input type="checkbox"/> គ្មាន |   | <input type="checkbox"/> មិនដឹង    |   |   |   |   |   |

|  |  |                                |                                 |  |  |  |  |
|--|--|--------------------------------|---------------------------------|--|--|--|--|
| ប្រសិនបើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់ចំនួនម៉ោងដែលបានរស់  |  |                                | ទម្ងន់ទារក (គិតជាក្រាម)         |  |  |  |  |
| អាយុគីឡូក្រាម  |  |                                | អាយុម្តាយ (គិតជាឆ្នាំ)          |  |  |  |  |
| ប្រសិនបើស្លាប់ដុំវិញកំណើត សូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើអោយប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត |  |                                |                                 |  |  |  |  |
| ចំពោះស្ត្រី តើអ្នកស្លាប់មានផ្ទៃពោះដែរឬទេ ?   | <input type="checkbox"/> មាន                 | <input type="checkbox"/> គ្មាន | <input type="checkbox"/> មិនដឹង |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> នៅពេលស្លាប់   | <input type="checkbox"/> <៤២ថ្ងៃមុនពេលស្លាប់ |                                |                                 |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> ៤៣ថ្ងៃ-១ឆ្នាំមុនពេលស្លាប់   | <input type="checkbox"/> មិនដឹង              |                                |                                 |  |  |  |  |
| តើការមានផ្ទៃពោះរួមចំណែកដល់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដែរឬទេ ?   | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស             | <input type="checkbox"/> ទេ    | <input type="checkbox"/> មិនដឹង |  |  |  |  |



**KINGDOM OF CAMBODIA**  
**NATION RELIGION KING**

MINISTRY OF HEALTH  
DEPARTMENT OF PLANNING AND HEALTH INFORMATION

**សេចក្តីណែនាំសម្រាប់ការបំពេញទម្រង់ MCCD**

**លិខិតបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រអំពីមូលហេតុមរណភាព**  
**MCCD-Medical Certificate of Cause of Death**

**Sponsored by:**

**Bloomberg  
Philanthropies**



**DATA FOR  
HEALTH INITIATIVE**



**Vital  
Strategies**



**លិខិតបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រអំពីមូលហេតុនៃការស្លាប់-ប្រទេសកម្ពុជា ឆ្នាំ២០២៣**

**សេចក្តីណែនាំសម្រាប់ការបំពេញទម្រង់ MCCD**

**សេចក្តីណែនាំទូទៅ**

អាចប្រើ ទម្រង់ដែលបានបោះពុម្ពជាមុន ឬ ព្រីនចេញពី NCOD system

**ទម្រង់ដែលបានបោះពុម្ពជាមុន៖**

1. ការសេសរ ទិន្នន័យក្នុងទម្រង់ គួរតែអាចអានបាន។
2. សូមប្រើប៊ិចពណ៌ខ្មៅ ឬពណ៌ខៀវសម្រាប់ការកត់ត្រាសេរេចូលឯកសារ។
3. សូមកុំប្រើអក្សរកាត់ដែលគ្មានស្តង់ដារ មិនអាចមើលយល់។
4. ភាពត្រឹមត្រូវនៃឈ្មោះរបស់មរណជនគប្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយអ្នកផ្តល់ព័ត៌មាន ដូចជាអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណជាដើម។
5. សូមកុំធ្វើការកែប្រែ/លុបនៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់។
6. មិនអនុញ្ញាតឲ្យប្រើទឹកលុបនោះទេ។

ត្រូវបញ្ចូលទិន្នន័យក្នុង NCOD system ដើម្បីទទួលបានលេខសម្គាល់ ចម្លងចូល **ទម្រង់ដែលបានបោះពុម្ពជាមុន**

ទម្រង់លិខិតបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រអំពីមូលហេតុនៃការស្លាប់សម្រាប់ប្រទេសកម្ពុជាថ្មី (ឆ្នាំ២០២២) អាចបែងចែកជា ៨ ផ្នែក៖

- ផ្នែកទី១ – ព័ត៌មានប្រជាសាស្ត្រអំពីមរណជន និងព័ត៌មានរដ្ឋបាល
- ផ្នែកទី២ – លិខិតបញ្ជាក់វេជ្ជសាស្ត្រអំពីមូលហេតុមរណភាព MCCD form លំដាប់ហេតុការណ៍ដែលជាមូលហេតុនៃការស្លាប់ ( ទម្រង់ ក-ទម្រង់ ក១ និង ទម្រង់ ក២ )





- ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល មានន័យថា ជា មន្ទីរពេទ្យជាតិ ពេទ្យខេត្ត ស្រុក មណ្ឌលសុខាភិបាល ឯកជន
- បំពេញប្រភេទទឹកនៃឯកសារណាមួយ៖ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល នៅផ្ទះ ឬ ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់
- កត់ត្រា “លេខកូដមន្ទីរពេទ្យ” ពីលេខកូដមណ្ឌលសុខាភិបាល HMIS នៅក្នុងប្រអប់ដែលសមស្រប។
- បំពេញ នាមគ្រូពេទ្យ នាមខ្លួន របស់មរណជន ។ សូមសរសេរឈ្មោះពេញរបស់មរណជន។ ភាពត្រឹមត្រូវនៃឈ្មោះរបស់មរណជនគួរតែត្រូវបានផ្ទៀងផ្ទាត់ជាមួយអ្នកផ្តល់ព័ត៌មាន។ ប្រសិនបើមរណជនទើបនឹងកើត និងមិនទាន់មានឈ្មោះ សូមសរសេរ “កូនរបស់ <ឈ្មោះម្តាយ>”។ សូមសរសេរ “ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត” របស់មរណជននៅក្នុងកន្លែងដែលសមស្រប ដែលត្រូវបានផ្តល់ជូន។ ប្រសិនបើគ្មានថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតទេនោះ សូមកត់ត្រាឯកសារអំពី “អាយុ” របស់មរណជន។ ប្រសិនបើមរណជន “ទើបនឹងកើត” សូមចង្អុលបង្ហាញអាយុជា “ឆ្នាំ” “ខែ” “ថ្ងៃ” “ម៉ោង” ឬ “នាទី” តាមរយៈការគូសប្រអប់ដែលសមស្រប។
- បំពេញ ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត របស់មរណជន ។
- បំពេញ ភេទ របស់មរណជន ។ កំណត់ “ភេទ” របស់មរណជន និងគូសប្រអប់ដែលសមស្រប “ប្រុស” ឬ “ស្រី”។ ប្រសិនបើមិនអាចកំណត់ភេទរបស់មរណជន នៅពេលស្លាប់បានទេនោះ សូមគូសប្រអប់ “ផ្សេងៗ/មិនដឹង”។
- បំពេញ ថ្ងៃខែឆ្នាំ និង ម៉ោងទទួលមរណភាព។ សរសេរ “កាលបរិច្ឆេទនៃការស្លាប់” ឲ្យបានត្រឹមត្រូវ នៅកន្លែងដែលសមស្រប។ ថ្ងៃ បន្ទាប់មក ខែ និង ឆ្នាំ។ កត់ត្រា “ពេលវេលានៃការស្លាប់” នៅក្នុងទម្រង់ ២៤ ម៉ោង។ គួរតែបញ្ចូលទាំង ម៉ោង និង នាទី។
- កំណត់ថា តើការស្លាប់បានកើតឡើងដោយសារមូលហេតុ “ប្រក្រតី” ឬ “មិនប្រក្រតី” និងគូសប្រអប់ដែលសមស្រប។
- កំណត់ “ទីកន្លែងមរណភាព” និងគូសប្រអប់ដែលសមស្រប។ ជ្រើសរើស និងគូសប្រអប់តែមួយគត់ ពី “សាធារណៈ” “ឯកជន” “ស្លាប់នៅពេលមកដល់” ឬ “ខាងក្រៅ”។ បន្ទាប់មក បំពេញ “ឃុំ/សង្កាត់” “ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ” និង “រាជធានី/ខេត្ត” នៃទីកន្លែងមរណភាព ។
- កំណត់ “ទីលំនៅធម្មតា” និង បំពេញ “ឃុំ/សង្កាត់” “ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ” និង “រាជធានី/ខេត្ត” របស់មរណជននៅកន្លែងដែលសមស្រប។
- បំពេញ លេខទូរសព្ទ ញាតិមរណជន ឬ អ្នករាយការណ៍



**ផ្នែកទី២ ៖ លំដាប់ហេតុការណ៍ដែលជាមូលហេតុនៃមរណភាព (ទម្រង់ ក-ផ្នែករង ១ និង ផ្នែករង ២)**

| <b>ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែក ១ និង ផ្នែក ២</b>   |                         |                    |   |
|--|-------------------------|--------------------|---|
| ១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ ឬ លក្ខខណ្ឌ ដែលបណ្តាលអោយស្លាប់ដោយផ្ទាល់នៅក្នុងជួរ ក<br><br>រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍តាមលំដាប់លំដោយ (ប្រសិនបើមាន) |                         | មូលហេតុនៃការស្លាប់ | ចន្លោះពេល<br>(ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើមរហូតដល់ពេលស្លាប់) |
| បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុឫសគល់នៃការស្លាប់នៅជួរក្រោមគេបង្អស់។  | ក                       |                    |   |
|  | ខ                       | ដោយសារ៖            |   |
|  | គ                       | ដោយសារ៖            |   |
|  | ឃ                       | ដោយសារ៖            |   |
| ២. លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការស្លាប់ (ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក នៅខាងក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ)                | .....<br>.....<br>..... |                    |   |

ផ្នែកនេះនៃទម្រង់នេះត្រូវបានបែងចែកជាបីផ្នែករង៖

- ទម្រង់ ក ១—រួមបញ្ចូលជំងឺ ឬ លក្ខខណ្ឌ ដែលបណ្តាលអោយស្លាប់ដោយផ្ទាល់ និង មូលហេតុភ្លាមៗ/អន្តរាគមន៍។ បំពេញ ផ្នែក ក មិនគេ បន្ទាប់មក ខ គ និងឃ ។ មិនអាចបំពេញរំលង ក ទៅ គ ឬ ឃ បានទេ។
- ទម្រង់ ក ២—រួមបញ្ចូលលក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗដទៃទៀត ដែលអាចរួមចំណែកដល់ការស្លាប់។ អាចបំពេញទាំងពីរជួរដេក។
- កូឡេនដើម្បីកត់ត្រាចន្លោះពេលវេលាប្រហាក់ប្រហែល ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើមរហូតដល់ពេលស្លាប់។ ត្រូវបំពេញគ្រប់ បន្ទាត់ជួរដេកដែលមានទិន្នន័យ ទាំងទម្រង់ ក ១ និង ២ ។

**ទម្រង់ ក ១ នៃ MCCD៖**

- មានបួនបន្ទាត់សម្រាប់រាយការណ៍អំពីលំដាប់ហេតុការណ៍ដែលបណ្តាលឲ្យស្លាប់ មានសញ្ញា ១ក ១ខ ១គ និង ១ឃ។ កត់ត្រាខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍ ដែលបណ្តាលឲ្យស្លាប់ដោយផ្ទាល់ (មូលហេតុនៃការស្លាប់ភ្លាមៗ) នៅក្នុងជួរ ១ក។
- គូសបញ្ជាក់លំដាប់លក្ខខណ្ឌ/ហេតុការណ៍/ជំងឺ ដែលបណ្តាលឲ្យកើតលក្ខខណ្ឌនៅក្នុងជួរ ១ក នៅក្នុងជួរបន្តបន្ទាប់នៅក្នុងផ្នែករង ១។ បន្ទាត់ខាងក្រោមគេបង្អស់ដែលត្រូវបំពេញ គួរតែជាមូលហេតុឫសគល់ ដែលជាចំណុចចាប់ផ្តើមនៃលំដាប់ហេតុការណ៍។
- សរសេរលក្ខខណ្ឌ/ហេតុការណ៍/ជំងឺតែមួយប៉ុណ្ណោះ ក្នុងមួយជួរ។



- មិនអាចបំពេញរំលង ក ទៅ គ ឬ យ បានទេ។ កូឡេនដើម្បីកត់ត្រាចន្លោះពេលវេលាប្រហាក់ប្រហែល ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើមរហូតដល់ពេលស្លាប់។
- ត្រូវបំពេញគ្រប់ បន្ទាត់ជួរដេកដែលមានទិន្នន័យ ទាំងទម្រង់ ក ១ ។

**ទម្រង់ ក ២ នៃ MCCD:**

- កត់ត្រាលក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗណាមួយ ដែលបានរួមចំណែក ឬអាចបានរួមចំណែកដល់ការស្លាប់ និងមិនមែនជាផ្នែកមួយនៃខ្សែសង្វាក់នៃលក្ខខណ្ឌ/ហេតុការណ៍/ជំងឺ ដែលបានសរសេរនៅផ្នែក ១ ។
- អាចបញ្ចូលលក្ខខណ្ឌជាច្រើននៅក្នុងទម្រង់ ក ២ ។
- ចន្លោះពេលអាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក នៅខាងក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ។

**ចន្លោះពេល:**

- កូឡេននៅខាងស្តាំត្រូវតែបានបំពេញ ដោយចន្លោះពេល ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើមនៃលក្ខខណ្ឌ/ហេតុការណ៍/ជំងឺរហូតដល់ពេលស្លាប់។
- អាស្រ័យហេតុនេះ លំដាប់ហេតុការណ៍ដែលបណ្តាលឲ្យស្លាប់ ដែលបានរាយការណ៍នៅក្នុងទម្រង់ ក ១ នៃផ្នែកមូលហេតុនៃការស្លាប់ មានលំដាប់ដោយផ្ទុយគ្នាពីលក្ខខណ្ឌ/ហេតុការណ៍/ជំងឺចុងក្រោយ ដែលជាចំណុចចាប់ផ្តើមនៃមូលហេតុនោះ។
- លើសពីនេះទៀត លក្ខខណ្ឌនីមួយៗដែលបានរៀបរាប់នៅក្នុងទម្រង់ ក ១ ១ គួរតែជាមូលហេតុនៃលក្ខខណ្ឌដែលនៅលើវា។

**ទម្រង់ ខ: ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត**

តើមានការរះកាត់ក្នុងរយៈពេល ៤ សប្តាហ៍ចុងក្រោយដែរឬទេ?  មាន  គ្មាន  មិនដឹង

ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការរះកាត់

ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការរះកាត់ (ជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌ)

តើមានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិច័យដែរឬទេ?  មាន  គ្មាន  មិនដឹង

ប្រសិនបើមាន តើបកគំហើញនានាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងការបញ្ជាក់ដែរឬទេ?  បាទ/ចាស  ទេ  មិនដឹង

**ផ្នែកទី ១ នៃ ទម្រង់ ខ**

ផ្នែកនេះបញ្ជាក់អំពីព័ត៌មានលម្អិតដែលទាក់ទងនឹងការរះកាត់ដែលត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល ៤ សប្តាហ៍ មុនពេលស្លាប់របស់មនុស្សម្នាក់នោះ និងថាតើមានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិច័យ (ក្រោយពេលស្លាប់) បន្ទាប់ពីមរណភាពរបស់មនុស្សម្នាក់នោះដែរឬទេ។

- ប្រសិនបើមានការរះកាត់ត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល ៤ សប្តាហ៍ចុងក្រោយ សូមគូស "មាន" និងបំពេញកាលបរិច្ឆេទនៃការរះកាត់នៅកន្លែងដែលត្រូវបានផ្តល់ជូន។ ជាមួយគ្នានេះ សូមបំពេញមូលហេតុនៃការរះកាត់ – ពោលគឺ ជំងឺ ឬស្ថានភាព ដែលចាំបាច់ត្រូវរះកាត់។



- ប្រសិនបើការវះកាត់មិនត្រូវបានធ្វើឡើងក្នុងរយៈពេល ៤ សប្តាហ៍ចុងក្រោយទេនោះ សូមគូសប្រអប់ “ទេ” និងមិនអើពើនឹងសំណួរ “កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់” និង “មូលហេតុនៃការវះកាត់”។
- ប្រសិនបើមិនដឹង ឬគ្មានព័ត៌មានលម្អិតទាក់ទងនឹងការវះកាត់ក្នុងរយៈពេល ៤ សប្តាហ៍ចុងក្រោយទេនោះ សូមគូសប្រអប់ “មិនដឹង” និងមិនអើពើនឹងសំណួរ “កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់” និង “មូលហេតុនៃការវះកាត់”។
- ឆ្លើយសំណួរ “តើមានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិច័យ (ក្រោយពេលស្លាប់) ដែរឬទេ?” សូមគូសប្រអប់ “មាន” ប្រសិនបើត្រូវបានស្នើសុំ បន្ទាប់ឆ្លើយសំណួរ “តើរបកគំហើញនានាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងការបញ្ជាក់ដែរឬទេ?” សូមគូសប្រអប់ដែលសមស្រប “បាទ/ចាស” “ទេ” ឬ “មិនដឹង”។
- ប្រសិនបើគ្មានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិច័យ (ក្រោយពេលស្លាប់) ទេនោះ ចូរកុំអើពើនឹងសំណួរ “តើរបកគំហើញនានាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងការបញ្ជាក់ដែរឬទេ?”។

**ផ្នែកទី ២ នៃ ទម្រង់ ១៖ ស្ថានភាពនៃការស្លាប់៖**

|   |   |  |
|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> ជំងឺ   | <input type="checkbox"/> ការបំពានផ្លូវកាយ         | <input type="checkbox"/> មិនអាចកំណត់បាន      |
| <input type="checkbox"/> គ្រោះថ្នាក់  | <input type="checkbox"/> អន្តរាគមន៍តាមផ្លូវច្បាប់ | <input type="checkbox"/> រង់ចាំការស៊ើបអង្កេត |
| <input type="checkbox"/> ការធ្វើបាបខ្លួនឯងដោយចេតនា/អត្តឃាត  | <input type="checkbox"/> សង្គ្រាម                 | <input type="checkbox"/> មិនដឹង              |
| ប្រសិនបើមានមូលហេតុខាងក្រៅ ឬជាតិពុល៖ <input type="checkbox"/> មូលហេតុខាងក្រៅ <input type="checkbox"/> ការពុល | កាលបរិច្ឆេទរងរបួស                                 | D D M M Y Y Y Y                              |
| សូមពណ៌នាថាតើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា (ប្រសិនបើជាការពុល សូមបញ្ជាក់អំពីសារធាតុពុល)                       |   |  |

**ផ្នែកទី ២ នៃ ទម្រង់ ១**

ផ្នែកនេះបញ្ជាក់ព័ត៌មានលម្អិតពាក់ព័ន្ធនឹងស្ថានភាពនៃការស្លាប់។ តែងតែត្រួតពិនិត្យស្ថានភាពនៃការស្លាប់ ដែលមានសារសំខាន់ចំពោះ ១) ការកំណត់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដែលត្រឹមត្រូវ ២) ដំណើរការនៃការទាមទារសំណងធានារ៉ាប់រង និង ៣) នៅក្នុងការសិក្សាអំពីស្ថិតិនៃការរងរបួស និងការស្លាប់។

- ជ្រើសរើស និងគូសប្រអប់ដែលសមស្រប ដើម្បីចង្អុលបង្ហាញអំពីស្ថានភាពនៃការស្លាប់។
- ប្រសិនបើមនុស្សម្នាក់បានស្លាប់ដោយសារមូលហេតុប្រក្រតី សូមគូសប្រអប់ “ជំងឺ”។
- ដូចគ្នានេះដែរ ប្រសិនបើការស្លាប់កើតឡើងដោយសារ “ការបំពានផ្លូវកាយ” ឬ “គ្រោះថ្នាក់” អ្នកបញ្ជាក់ត្រូវតែគូសប្រអប់ដែលសមស្រប។
- ប្រសិនបើមនុស្សម្នាក់ត្រូវបានប្រហារជីវិត បន្ទាប់ពីមានដីកាសម្រេចរបស់តុលាការ (ការកាត់ទោសប្រហារជីវិត) នោះ អ្នកបញ្ជាក់គួរតែគូសប្រអប់ “អន្តរាគមន៍តាមផ្លូវច្បាប់”។
- ប្រសិនបើមនុស្សម្នាក់បានធ្វើអត្តឃាត សូមគូសប្រអប់ “ការធ្វើបាបខ្លួនឯងដោយចេតនា/អត្តឃាត”។



- ប្រសិនបើមនុស្សម្នាក់ស្លាប់ដោយសារសកម្មភាពនៃសង្គ្រាម អ្នកបញ្ជាក់គួរតែជ្រើសរើសគូសប្រអប់ “សង្គ្រាម”។
- ចង្អុលបង្ហាញ “មិនអាចកំណត់បាន” ប្រសិនបើស្ថានភាពនៃការស្លាប់មិនអាចកំណត់បាន ថាគឺដោយសារគ្រោះថ្នាក់ អត្តឃាត ឬ ឃាតកម្ម។
- ចង្អុលបង្ហាញ “រង់ចាំការស៊ើបអង្កេត” ប្រសិនបើស្ថានភាពនៃការស្លាប់មិនអាចកំណត់បាន ថាគឺកើតឡើងដោយសារគ្រោះថ្នាក់ អត្តឃាត ឬឃាតកម្ម នៅក្នុងរយៈពេលកំណត់តាមផ្លូវច្បាប់ សម្រាប់ដាក់ពាក្យស្នើសុំសំបុត្រមរណភាព។ ចំណុចនេះគួរតែមានការកែប្រែនៅពេលក្រោយ ទៅកាន់លក្ខខណ្ឌណាមួយផ្សេងទៀតនៅពេលរកឃើញព័ត៌មានលម្អិតបន្ថែមទៀត។
- ចង្អុលបង្ហាញ “មិនដឹង” តែនៅពេលដែលការកំណត់អំពីស្ថានភាពនៃការស្លាប់មិនអាចកើតឡើងបានតែប៉ុណ្ណោះ។
- គូសប្រអប់ដែលសមស្រប សម្រាប់សំណួរ “ប្រសិនបើមានមូលហេតុខាងក្រៅ ឬជាតិពុល” – ពេលគឺប្រសិនបើស្ថានភាពនៃការស្លាប់គឺ “ការបំពានផ្លូវកាយ” “គ្រោះថ្នាក់” “អន្តរាគមន៍តាមផ្លូវច្បាប់” “ការធ្វើបាបខ្លួនឯងដោយចេតនា/អត្តឃាត” ឬ “សង្គ្រាម” សូមគូសប្រអប់ “មូលហេតុខាងក្រៅ”។ ប្រសិនបើស្លាប់ដោយសារជាតិពុល សូមគូសប្រអប់ “ការពុល”។ បំពេញ “កាលបរិច្ឆេទរងរបួស” សម្រាប់មូលហេតុទាំងនេះ។ លើសពីនេះទៀត ឆ្លើយសំណួរ “សូមពណ៌នាថាគឺមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណាហើយប្រសិនបើជាការពុល សូមបញ្ជាក់អំពីសារធាតុពុល”។
- ប្រសិនបើស្ថានភាពនៃការស្លាប់គឺ “ជំងឺ (មូលហេតុប្រក្រតី)” “មិនអាចកំណត់បាន” “រង់ចាំការស៊ើបអង្កេត” ឬ “មិនដឹង” ចូររំលងផ្នែកដែលនៅសល់នៅក្នុងផ្នែកនេះ។

**ផ្នែកទី ៣ នៃ ទម្រង់ ១— កន្លែងកើតហេតុនៃមូលហេតុខាងក្រៅ**

|   |  |  |                                    |
|---|--|--|------------------------------------|
| <b>កន្លែងកើតហេតុនៃមូលហេតុខាងក្រៅ៖</b>               |  |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ                     | <input type="checkbox"/> មូលដ្ឋានសុខាភិបាលឬស្ថាប័នទីលំនៅ | <input type="checkbox"/> សាលារៀន ស្ថាប័នដទៃទៀត តំបន់រដ្ឋបាលសាធារណៈ | <input type="checkbox"/> កីឡាដ្ឋាន |
| <input type="checkbox"/> តាមដងផ្លូវ និងហាយវេ        | <input type="checkbox"/> តំបន់ពាណិជ្ជកម្ម និងសេវាកម្ម    | <input type="checkbox"/> តំបន់ឧស្សាហកម្ម និងតំបន់សាងសង់            | <input type="checkbox"/> កសិដ្ឋាន  |
| <input type="checkbox"/> កន្លែងដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖ |  |  | <input type="checkbox"/> មិនដឹង    |

**ផ្នែកទី ៣ នៃ ទម្រង់ ២**

ផ្នែកនេះបញ្ជាក់អំពីកន្លែងកើតហេតុខាងក្រៅ។

- សូមគូសប្រអប់ដែលសមស្រប ដើម្បីចង្អុលបង្ហាញកន្លែងកើតហេតុខាងក្រៅ។
- គូស នៅផ្ទះ បើមរណភាពកើតនៅផ្ទះ
- គូស នៅ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល បើមរណភាព កើតនៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល



- បើមរណភាព កើតនៅក្រៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល សូមគូស កន្លែងសមស្រប ។ ប្រសិនបើមនុស្សម្នាក់ជួបប្រទះគ្រោះថ្នាក់ចរាចរណ៍ កន្លែងកើតហេតុខាងក្រៅនឹងជា “តាមដងផ្លូវ និងហាយវេ”។ ប្រសិនបើកន្លែងកើតហេតុមិនមែនជាចម្លើយណាមួយដែលត្រូវបានបញ្ជាក់នៅក្នុងផ្នែកនេះទេនោះ ចូរគូសប្រអប់ “កន្លែងដទៃទៀត” បន្ទាប់មកបញ្ជាក់កន្លែងនេះ តាមរយៈការសរសេរនៅក្នុងចន្លោះដែលបានផ្តល់ជូន។ ប្រសិនបើមិនដឹងអំពីកន្លែងកើតហេតុទេនោះ ចូរគូសប្រអប់ “មិនដឹង”។

**ផ្នែកទី ៤ នៃ ទម្រង់ ខ— ការស្លាប់កូនក្នុងផ្ទៃ ឬ ការស្លាប់របស់ទារក**

|  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> ទារកស្លាប់កើត ឬ <input type="checkbox"/> ទារកកើតស្លាប់៖                                   |   |
| មានផ្ទៃពោះច្រើនដង? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនដឹង    | ទារកកើតស្លាប់ <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនដឹង<br>ភេទ <input type="checkbox"/> ប <input type="checkbox"/> ស <input type="checkbox"/> មិនដឹង |
| ប្រសិនបើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង<br>សូមបញ្ជាក់ចំនួនម៉ោងដែលបានរស់   | ទម្ងន់ទារក (ជាគ្រាម)  |
| អាយុគីឡូក្រាមជាសប្តាហ៍   | អាយុម្តាយ (គិតជាឆ្នាំ)  |
| ប្រសិនបើស្លាប់ជុំវិញអំឡុងពេលនៃកំណើត សូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើអោយប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត |   |

- ផ្នែកនេះបញ្ជាក់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការស្លាប់កូនក្នុងផ្ទៃ ឬការស្លាប់របស់ទារក។
- បញ្ជាក់ថាតើការស្លាប់កូនក្នុងផ្ទៃ/ទារកស្លាប់កើត ឬ ទារកកើតស្លាប់
  - បញ្ជាក់មូលហេតុថា អាចបណ្តាលមកពីការមានផ្ទៃពោះច្រើនដងមែនដែរឬទេ។ សូមគូសប្រអប់ដែលសមស្រប “បាទ/ចាស” ឬ “ទេ”។ ប្រសិនបើអ្នកបញ្ជាក់មិនដឹងអំពីការពិតនេះទេ សូមគូសប្រអប់ “មិនដឹង”។
  - កំណត់ថា ទារកស្លាប់កើត ឬមិនមែន។ ប្រសិនបើទារកស្លាប់កើត សូមគូសប្រអប់ “បាទ/ចាស” ប្រសិនបើមិនមែនទេ សូមគូសប្រអប់ “ទេ”។ ប្រសិនបើអ្នកបញ្ជាក់មិនអាចកំណត់បាន ថាតើទារកស្លាប់កើត ឬមិនមែនទេនោះ សូមគូសប្រអប់ “មិនដឹង”។
  - កំណត់ថា ភេទ ទារកស្លាប់កើត ថា ប្រុស ឬ ស្រី ឬ មិនដឹង
  - ប្រសិនបើការស្លាប់កើតឡើងក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់ចំនួនម៉ោងដែលបានរស់ នៅចន្លោះដែលបានផ្តល់ជូន។
  - បញ្ជាក់ទម្ងន់របស់ទារក (ជាគ្រាម) នៅចន្លោះដែលបានផ្តល់ជូន។
  - សរសេរចំនួនសប្តាហ៍ដែលបានពពោះ នៅចន្លោះដែលបានផ្តល់ជូន។



- សរសេរ “អាយុរបស់ម្តាយ (ជាឆ្នាំ)” នៅចន្លោះដែលបានផ្តល់ជូន។
- ប្រសិនបើស្លាប់ជុំវិញកំណើត (ពេលគឺ រយៈពេលចាប់ពីសប្តាហ៍ទី ២៨ នៃការពពោះ) ចូរកំណត់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើអោយប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ ស្ថានភាពនេះនៅចន្លោះដែលបានផ្តល់ជូន។

**ផ្នែកទី ៥ នៃ ទម្រង់ ខ— មរណជន តើមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ ?**

|   |   |
|---|---|
| ចំពោះស្ត្រី តើមរណជនមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ ?   | <input type="checkbox"/> នៅពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> <៤២ ថ្ងៃមុនពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> |
| <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង | ៤៣ ថ្ងៃ-១ឆ្នាំមុនពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> មិនដឹង  |
| តើការមានផ្ទៃពោះរួមចំណែកដល់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដែរឬទេ ?  | <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនដឹង                |

**ផ្នែកទី ៥ នៃ ទម្រង់ ខ**

ផ្នែកនេះបញ្ជាក់ពីតំណែងលម្អិតអំពីមរណភាពមាតាជាសក្តានុពល។

**មរណភាពមាតា:** មរណភាពរបស់ស្ត្រីក្នុងអំឡុងពេលមានផ្ទៃពោះ ឬក្នុងរយៈពេល ៤២ ថ្ងៃ ក្រោយពេលបញ្ឈប់ការមានផ្ទៃពោះ ដោយមិនគិតពីរយៈពេល ឬទីតាំងនៃការមានផ្ទៃពោះនោះទេ ដោយមូលហេតុណាមួយដែលទាក់ទងនឹង ឬបង្កឲ្យមានភាពធ្ងន់ធ្ងរដោយសារការមានផ្ទៃពោះ ឬការគ្រប់គ្រងការមានផ្ទៃពោះ ប៉ុន្តែមិនមែនដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ឬឧបទ្វរហេតុនោះទេ (WHO ឆ្នាំ២០០៤)។

- ប្រសិនបើមរណជនគឺជាស្ត្រី ចូរកំណត់ថាតើស្ត្រីរូបនេះមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ។ សូមគូសប្រអប់ដែលសមស្រប “បាទ/ចាស” ឬ “ទេ”។ ប្រសិនបើអ្នកបញ្ជាក់មិនអាចកំណត់អំពីការពិតនេះបានទេនោះ សូមគូសប្រអប់ “មិនដឹង”។
- កំណត់បិរវេលាដែលសមស្របនៃការមានផ្ទៃពោះ:
  - “នៅពេលស្លាប់” ឬ
  - “<៤២ ថ្ងៃមុនពេលស្លាប់” ឬ
  - “៤៣ ថ្ងៃ-១ឆ្នាំ មុនពេលស្លាប់” ស្របតាមព័ត៌មានរបស់មរណជន ដែលមាន។
  - ប្រសិនបើអ្នកបញ្ជាក់មិនអាចកំណត់អំពីការពិតនេះបានទេនោះ សូមគូសប្រអប់ “មិនដឹង”។
- កំណត់ថាតើការមានផ្ទៃពោះបានរួមចំណែកដល់ការស្លាប់ដែរឬទេ ដោយប្រើចំណេះដឹងផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នក។ ប្រសិនបើការមានផ្ទៃពោះបានរួមចំណែកដល់ការស្លាប់ សូមគូសប្រអប់ “បាទ/ចាស” ហើយប្រសិនបើមិនមែនទេ សូមគូស “ទេ”។ ប្រសិនបើអ្នកបញ្ជាក់មិនអាចកំណត់អំពីការពិតនេះបានទេនោះ សូមគូសប្រអប់ “មិនដឹង”។



**ផ្នែកទី ៦ នៃ ទម្រង់ ខ— សេចក្តីប្រកាស និងការចុះហត្ថលេខា**

|                                |  |
|--------------------------------|--|
| <b>បានឃើញ និងឯកភាព</b><br>នាយក | <b>ទម្រង់បានចេញនៅ៖</b><br>កាលបរិច្ឆេទជាចន្ទគិតិ៖<br>កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ)៖<br>DD/MM/YYYY<br>ហត្ថលេខា |
| ហត្ថលេខា ឈ្មោះនិងត្រា          | ហត្ថលេខា ឈ្មោះ   |

ផ្នែកនេះគឺសម្រាប់ការប្រកាសដោយមន្ទីរពេទ្យ និងសម្រាប់ហត្ថលេខារបស់មន្ត្រីដែលពាក់ព័ន្ធ។  
 សរសេរកាលបរិច្ឆេទចេញទម្រង់ជាចន្ទគិតិ។  
 សូមសរសេរឈ្មោះគ្រូពេទ្យបញ្ជាក់ជាអក្សរពុម្ព និងហត្ថលេខា និងកាលបរិច្ឆេទនៃទម្រង់។  
 បន្ទាប់មក ដាក់ទម្រង់ M CCD ដែលបានបំពេញរួចហើយ ទៅកាន់ប្រធានផ្នែកបច្ចេកទេសដើម្បីធ្វើការអនុម័ត និង  
 ចុះសញ្ញាឯកភាព តែ មិនចុះហត្ថលេខាទេ ។  
 បន្ទាប់មកដាក់ទម្រង់M CCDជូនប្រធានមូលដ្ឋានសុខាភិបាលពិនិត្យនិងចុះហត្ថលេខាជាការអនុម័តលើកចុងក្រោយ។

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា**  
**ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**



**ក្រសួងសុខាភិបាល**

**ស្ងៀមភ្នែកដែលនាំសម្រាប់ការគ្រប់គ្រង និងប្រើប្រាស់**  
**ប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល ស្តីពីការជូនដំណឹងពីអំណើតរស់**  
**ជូនដំណឹងពីមរណភាព ការកត់ត្រាទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាព និងទារក**  
**ស្លាប់កើត**

**នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល**  
**ខែ កញ្ញា ឆ្នាំ២០២៣**

### មាតិកា

**សេចក្តីផ្តើមអំណរគុណ** .....2

**I. អំពីប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល លើការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ជូនដំណឹងមរណភាព និង ទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាព** .....3

**II. ការគ្រប់គ្រងអ្នកប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធ** .....4

    ១. គោលបំណង .....4

    ២. ទំហំការងារ.....4

    ៣. តារាងលំដាប់ថ្នាក់អ្នកប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធ.....4

**III. តម្រូវការសម្រាប់ដំណើរការប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល លើការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ជូនដំណឹងមរណភាព និង ទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាពតាមគេហទំព័រ** .....6

    ១. ទំព័រដើមនៃគហទំព័រ .....6

    ២. ការចាំផ្តើមដំណើរការចូលក្នុងប្រព័ន្ធ.....6

    ៣. ការបញ្ចូលទិន្នន័យចូលក្នុងប្រព័ន្ធ .....8

    ៤. ការបញ្ចូលទិន្នន័យការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ( Birth Notification ) .....9

    ៥. ការបញ្ចូលទិន្នន័យការជូនដំណឹងមរណភាព ( Death Notification ) .....15

    ៦. ការបញ្ចូលទិន្នន័យ MCCD ( MCCD General ) .....19

    ៧. ការបញ្ចូលទិន្នន័យ Coder.....24

    ៨. ការបញ្ចូលទិន្នន័យទារកស្លាប់កើត ( Fetal Death ) .....27

    ៩. ការផ្ទៀងផ្ទាត់ MCCD.....36

**IV. របាយការណ៍** .....39

    ១. របាយការណ៍កំណើតរស់ ( Birth report ) .....39

    ២. របាយការណ៍មរណភាព ( Death report ) .....41

    ៣. របាយការណ៍ MCCD ( MCCD report ) .....43

    ៤. របាយការណ៍ទារកស្លាប់កើត ( Fetal death report ) .....45

**បញ្ជីឧបសម្ព័ន្ធ** .....48

    ឧបសម្ព័ន្ធទី១ - ទម្រង់លិខិតជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់.....48

    ឧបសម្ព័ន្ធទី៣ - ទម្រង់ MCCD.....50

    ឧបសម្ព័ន្ធទី៤ - ទម្រង់ទារកស្លាប់កើត .....52

### សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

ក្រសួងសុខាភិបាលកម្ពុជា សូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅដល់ក្រុមការងារបច្ចេកទេស ដែលមកពីនាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល នាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ និងអង្គការ Vital Strategies ដែលបានធ្វើការដោយមិនគិតពីភាពនឿយហត់ ក្នុងការបង្កើត សៀវភៅណែនាំសម្រាប់ការគ្រប់គ្រង និងប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល ស្តីពីការជូនដំណឹងពីកំណើតរស់ ជូនដំណឹងពីមរណភាព ការកត់ត្រាទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាព និងទារកស្លាប់កើត នេះ។

ក្រសួងសុខាភិបាលសូមថ្លែងអំណរគុណយ៉ាងជ្រាលជ្រៅរួមជាមួយការគោរព ចំពោះការផ្តល់អនុសាសន៍ ការណែនាំ និងផ្តល់ប្រឹក្សាប្រកបដោយគុណតម្លៃពី៖

- ឯកឧត្តមវេជ្ជបណ្ឌិត ឡូ វាសនាភីរី** រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល
- ឯកឧត្តមវេជ្ជបណ្ឌិត ហុក គីមចេង** អគ្គនាយកបច្ចេកទេសក្រសួងសុខាភិបាល

ក្រសួងសុខាភិបាលសូមថ្លែងផងដែរចំពោះ ការខិតខំប្រឹងប្រែងឥតរួញព និងការប្តេជ្ញាចិត្តរបស់នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល និងនាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ដែលជាអ្នកដឹកនាំផ្នែកបច្ចេកទេសក្នុងការបង្កើតសៀវភៅណែនាំសម្រាប់ការគ្រប់គ្រង និងប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល ស្តីពីការជូនដំណឹងពីកំណើតរស់ ជូនដំណឹងពីមរណភាព ការកត់ត្រាទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាព និងទារកស្លាប់កើត ដែលរួមមាន៖

- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **លី វិជ្ជាវរុច** ប្រធាននាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **សុខ ស្រីន** ប្រធាននាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **ចេវ មុនី** អនុប្រធាន នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **សេវ សុគន្ធលា** អនុប្រធាននាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **យក់ តារាវិធី** ប្រធានការិយាល័យព័ត៌មានសុខាភិបាល នៃនាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល
- លោក **សេក សុខណា** អនុប្រធានការិយាល័យព័ត៌មានសុខាភិបាល នៃនាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល

អង្គការ Vital Strategies៖

- លោក **Romain Santon** នាយករងប្រចាំតំបន់អាស៊ីនិងប៉ាស៊ីហ្វិក ផ្នែកអត្រានុកូលដ្ឋាន និងស្ថិតិអត្រានុកូលដ្ឋាន
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **Nandalal Wijesekera** ទីប្រឹក្សាអង្គការ Vital Strategies
- លោកវេជ្ជបណ្ឌិត **ហាន កេនសម្បត្តិ** មន្ត្រីសម្របសម្រួលប្រចាំប្រទេសកម្ពុជា
- លោក **ខា ម៉ីនថា** មន្ត្រីព័ត៌មានវិទ្យា

**I. អំពីប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល លើការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ជូនដំណឹងមរណភាព និង ទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាព**

ការគ្រប់គ្រងផ្នែកសុខាភិបាលដ៏ល្អមួយ គឺជាធនធានដ៏សំខាន់បំផុតសម្រាប់ការត្រួតពិនិត្យ វាយតម្លៃ ស្ថានភាពសុខភាពរបស់ប្រជាជន និងគុណភាពសេវាសុខាភិបាលទូទាំងប្រទេស។ ការត្រួតពិនិត្យអាចធ្វើទៅបានទាន់ពេលវេលាទាមទារ ឲ្យមានព័ត៌មាន និងទិន្នន័យត្រឹមត្រូវ និងទាន់ពេលវេលាពីប្រភពខុសៗគ្នា ដូចជា ពីមន្ទីរពេទ្យ និងមណ្ឌលសុខភាពសាធារណៈ។ ប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល លើការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ជូនដំណឹងមរណភាព និង ទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាពតាមគេហទំព័រ មានសារៈសំខាន់ណាស់ចំពោះអ្នកគ្រប់គ្រងសេវាសុខាភិបាល ការជូនដំណឹងរវាងអន្តរក្រសួងសម្រាប់ឆ្លុះមើលពីភាពជឿនលឿន ឬខ្វះខាតក្នុងការផ្តល់ សេវាសុខាភិបាល និងដើម្បីកែលម្អគុណភាពសេវាសុខាភិបាលនៅកម្ពុជា។

ការពង្រឹងនិងគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធព័ត៌មានប្រកបដោយប្រសិទ្ធភាពគឺជាបុព្វហេតុឆ្ពោះទៅដល់ការគ្រប់គ្រងដ៏ល្អមួយលើចក្ខុវិស័យសុខាភិបាល។ ប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល លើការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ជូនដំណឹងមរណភាព និង ទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាពតាមរយៈគេហទំព័រ គឺជាការគ្រប់គ្រងទិន្នន័យសុខាភិបាលដែលមានលក្ខណៈទំនើប និងងាយស្រួលបញ្ចូលទិន្នន័យពីមូលដ្ឋានសុខាភិបាលទាំងអស់ ទៅលើការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ជូនដំណឹងមរណភាព និង ទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាព។ ដូច្នេះអាចបញ្ចៀសបាននូវភាពយឺតយ៉ាវ និងកំហុសនានា ដែលអាចកើតចេញពីទម្រង់ទិន្នន័យនៅលើក្រដាស ការបញ្ជូន និងការបញ្ចូលទិន្នន័យ។

នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាលរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល ក្រោមជំនួយថវិកា និង បច្ចេកទេស ពីអង្គការ Vital Strategies បានបង្កើតប្រព័ន្ធព័ត៌មាន តាមរយៈគេហទំព័រថ្មីមួយដោយប្រើប្រាស់នូវបច្ចេកទេសទំនើប របស់ Laravel Framework និងប្រើប្រាស់ភាសារបស់PHP ។

## II. ការគ្រប់គ្រងអ្នកប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធ

### ១. គោលបំណង

ដំណើរការនេះផ្តល់នូវការណែនាំដល់មន្ត្រីគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធ ក្នុងការបង្កើត ថែទាំ និងបញ្ចប់គណនី របស់អ្នកប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធ នៅក្នុងប្រព័ន្ធព័ត៌មានសុខាភិបាល នៅថ្នាក់នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាលក្រសួងសុខាភិបាល។

### ២. ទំហំការងារ

ផ្នែកនេះ អនុវត្តដើម្បីគ្រប់គ្រងគណនីទាំងអស់នៅក្នុងប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល លើការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ជូនដំណឹងមរណភាព និង ទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាពតាមគេហទំព័រ ជាមួយនឹងការភ្ជាប់ URL នៃប្រព័ន្ធ [www.digitalncod.org](http://www.digitalncod.org)។ ដំណើរការនេះមានទំនាក់ទំនងទៅគ្រប់គណនីអ្នកប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធទាំងអស់ ដែលប្រើក្នុងការបញ្ជូលទិន្នន័យរបស់ស្ថាប័ននៅក្នុងទម្រង់របាយការណ៍ កំណើតរស់ ជូនដំណឹងមរណភាព និង ទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាពនៃមូលដ្ឋានសុខាភិបាលសាធារណៈ។

### ៣. តារាងលំដាប់ថ្នាក់អ្នកប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធ

តារាងទី ១៖ ក្រុមអ្នកប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធ

| កូដ | ឈ្មោះក្រុម               | ឈ្មោះកាត់កាសាអង់គ្លេស |
|-----|--------------------------|-----------------------|
| 1   | មន្ត្រីគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធ | Admin                 |
| 2   | ក្រសួងសុខាភិបាល          | MOH                   |
| 3   | មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត     | PHD                   |
| 4   | ស្រុកប្រតិបត្តិ          | OD                    |
| 5   | មន្ទីរពេទ្យខេត្ត         | PH                    |
| 6   | មន្ទីរពេទ្យបង្អែក        | RH                    |
| 7   | មណ្ឌលសុខភាព              | HC                    |
| 8   | កូដដី                    | Coder                 |
| 9   | បញ្ជាក់កូដដី             | Verify Coder          |

**តារាងទី ២៖ សិទ្ធិចូលដំណើរការ**

| ល.រ. | បរិយាយ  | មន្ត្រីគ្រប់គ្រងប្រព័ន្ធ | ក្រសួងសុខាភិបាល | មន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត | ស្រុកប្រតិបត្តិ | មូលដ្ឋានសុខាភិបាល (PH,RH,HC) | កូដដើ | បញ្ជាក់កូដដើ |
|------|---|--------------------------|-----------------|----------------------|-----------------|------------------------------|-------|--------------|
| ១    | គ្រប់គ្រងអ្នកប្រើប្រាស់                       | x                        |                 |                      |                 |                              |       |              |
| ២    | បង្កើតអ្នកប្រើប្រាស់                          | x                        |                 |                      |                 |                              |       |              |
| ៣    | កំណត់ឡើងវិញពាក្យសម្ងាត់ថ្មីរបស់អ្នកប្រើប្រាស់ | x                        |                 |                      |                 |                              |       |              |
| ៤    | លុបអ្នកប្រើប្រាស់                             | x                        |                 |                      |                 |                              |       |              |
| ៥    | បង្កើតសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់                    | x                        |                 |                      |                 |                              |       |              |
| ៦    | លុបសិទ្ធិអ្នកប្រើប្រាស់                       | x                        |                 |                      |                 |                              |       |              |
| ៧    | ទិន្នន័យដែលបរាជ័យ API (Birth)                 | x                        | X               | X                    | X               | X                            |       |              |
| ៨    | ទិន្នន័យដែលបរាជ័យ API (Death)                 | X                        | X               | X                    | X               | X                            |       |              |
| ៩    | ទិន្នន័យដែលបរាជ័យ API (MCCD)                  | X                        | X               | X                    | X               | X                            |       |              |
| ១០   | Birth Notification                            | X                        | X               | X                    | X               | X                            |       |              |
| ១១   | Death Notification                            | X                        | X               | X                    | X               | X                            | x     | x            |
| ១២   | MCCD General                                  | X                        | X               | X                    | X               | X                            | x     | x            |
| ១៣   | Fetal Death                                   | X                        | X               | X                    | X               | X                            |       |              |
| ១៤   | MCCD verify                                   |                          |                 |                      |                 |                              |       |              |
| ១៥   | Report Birth Notification                     | X                        | X               | X                    | X               | X                            | x     | x            |
| ១៦   | Report Death Notification                     | X                        | X               | X                    | X               | X                            | x     | x            |
| ១៧   | Report MCCD General                           | X                        | X               | X                    | X               | X                            | x     | x            |
| ១៨   | Report Fetal Death                            | X                        | X               | X                    | X               | X                            |       |              |
| ១៩   | Coder   | X                        |                 |                      |                 |                              | x     |              |
| ២០   | Verify Coder                                  | X                        |                 |                      |                 |                              |       | x            |
| ២១   | ព័ត៌មានសម្រាប់មូលដ្ឋានសុខាភិបាល               | X                        | X               | X                    | X               | X                            |       |              |
| ២២   | ព័ត៌មានអ្នកប្រើប្រាស់                         | X                        | X               | X                    | X               | X                            | X     | X            |
| ២៣   | ប្តូរពាក្យសម្ងាត់                             | X                        | X               | X                    | X               | X                            | X     | X            |
| ២៤   | ចាកចេញ  | X                        | X               | X                    | X               | X                            | X     | X            |

### III. តម្រូវការសម្រាប់ដំណើរការប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល លើការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ជូនដំណឹងមរណភាព និង ទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាពតាមគេហទំព័រ

គេហទំព័រប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល លើការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ជូនដំណឹងមរណភាព និង ទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាព គឺបានបង្កើតឡើង ដោយប្រើប្រាស់នូវបច្ចេកវិទ្យាទំនើបរបស់ Laravel framework និងប្រើប្រាស់ភាសារបស់ PHP ដែលដំណើរការនៅលើគេហទំព័រជាលក្ខណៈសកល។ បច្ចេកវិទ្យាដែលក្រុមការងារបានសរសេរឡើងនេះ គឺតម្រូវចាំបាច់ឲ្យ Mobile devices ឬ Tablet devices ឬ កុំព្យូទ័រ ក្នុងនោះដែល ឧបករណ៍ទាំងអស់ត្រូវមានកម្មវិធី Browser ដូចជា៖ Google Chrome, Mozilla Firefox ឬ Microsoft Edge ឬ កម្មវិធី Browser ផ្សេងៗទៀតសម្រាប់ដំណើរការភ្ជាប់ជាមួយ Internet ដើម្បីចូលទៅប្រើប្រាស់ក្នុងប្រព័ន្ធ។

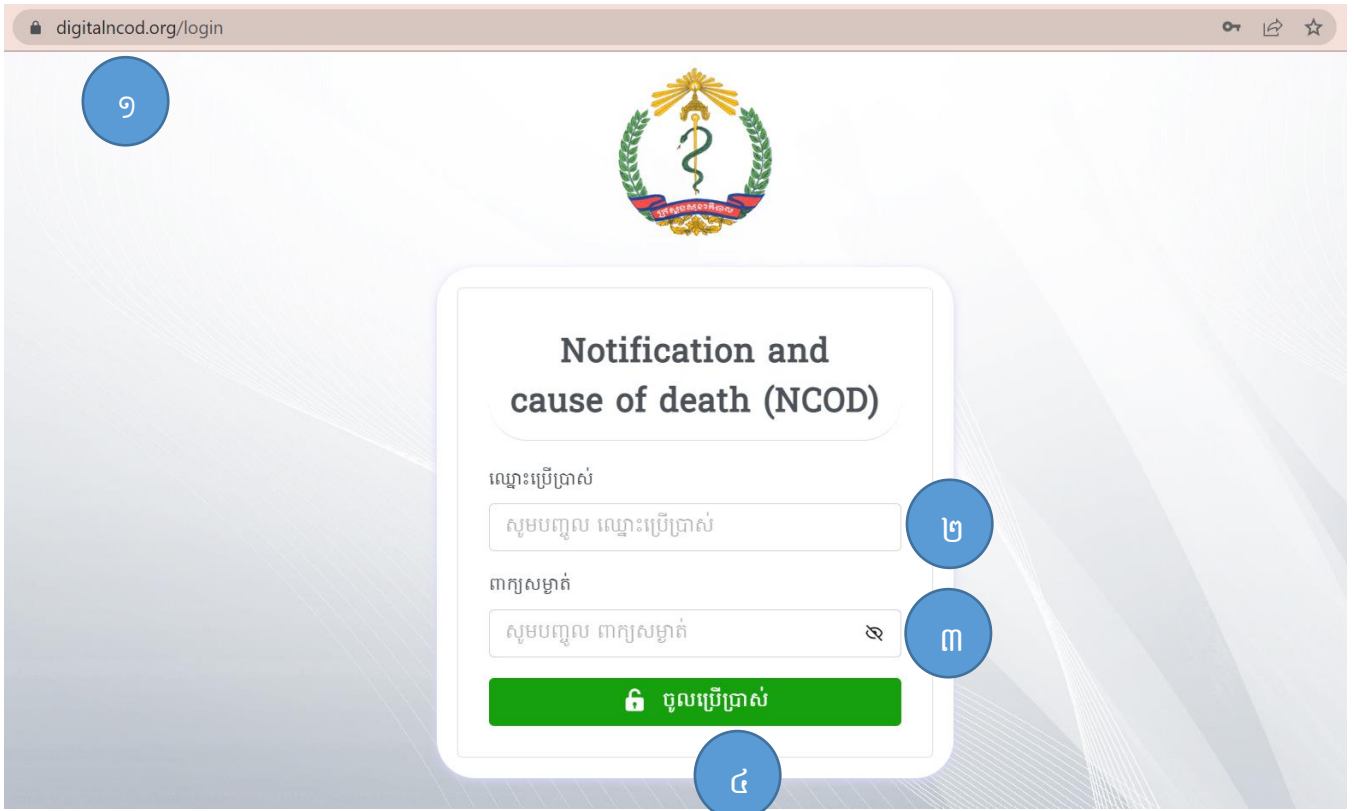
#### ១. ទំព័រដើមនៃគេហទំព័រ

មុនដំបូង សូមជ្រើសរើសយកកម្មវិធី Browser ណាមួយ ដែលមាននៅលើអេក្រង់កុំព្យូទ័ររបស់អ្នក បន្ទាប់មកសូមវាយបញ្ចូលឈ្មោះគេហទំព័រ "www.digitalncod.org" (រូបភាពទី១ លេខ១) ទៅក្នុងប្រអប់អាសយដ្ឋានរបស់ Browser។ នេះគឺជាគេហទំព័រប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល លើការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ជូនដំណឹងមរណភាព និង ទិន្នន័យមូលហេតុមរណភាព។ នៅលើទំព័រនេះ អ្នកនឹងឃើញឈ្មោះអ្នកប្រើប្រាស់ និងពាក្យសម្ងាត់ និងប៉ូតុច ចូលប្រើប្រាស់ ដើម្បីចូលទៅប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធ។

#### ២. ការចាំផ្ដើមដំណើរការចូលក្នុងប្រព័ន្ធ

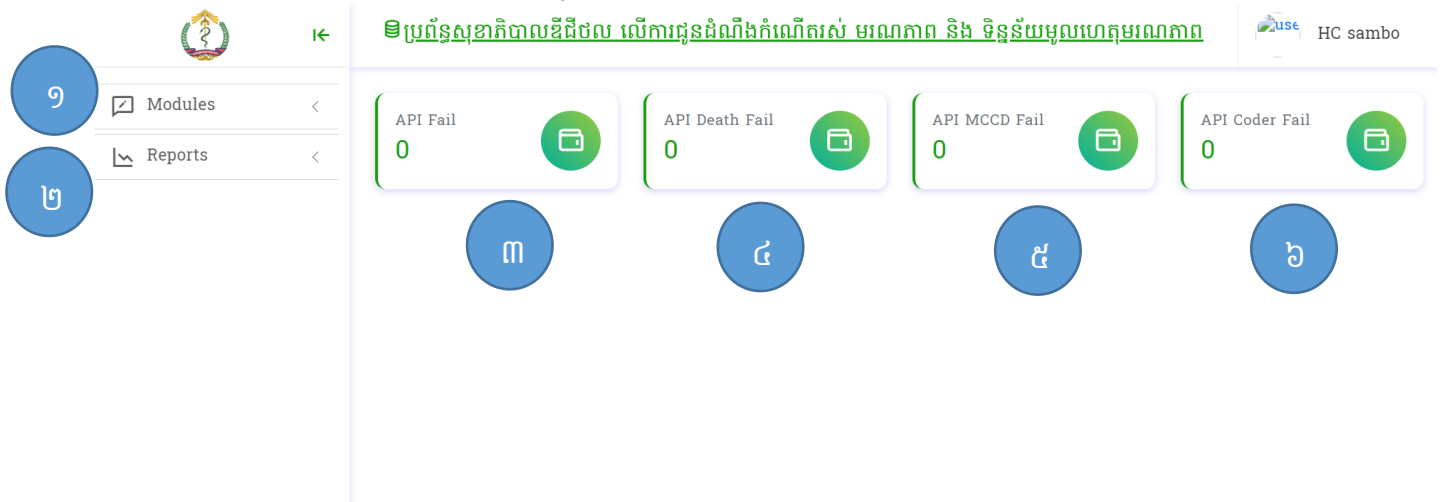
- វាយបញ្ចូល "ឈ្មោះប្រើប្រាស់" ឧទាហរណ៍៖ hc\_sambo (រូបភាពទី១ លេខ២)
- វាយបញ្ចូល "ពាក្យសម្ងាត់" ឧទាហរណ៍៖ xxxxxx (រូបភាពទី១ លេខ៣)
- ចុចប៉ូតុច "ចូលប្រើប្រាស់" (រូបភាពទី១ លេខ៤)

**រូបភាពទី១៖ ទំព័រដើមនៃប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល**

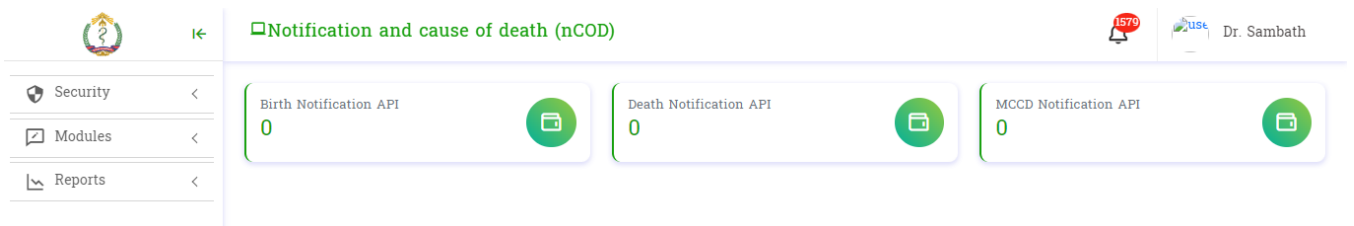


- បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញដូចរូបភាពទី២ខាងក្រោម៖

**រូបភាពទី២៖ ទំព័រដើមបន្ទាប់ពីធ្វើការចូលក្នុងប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល**



(រូបថត)

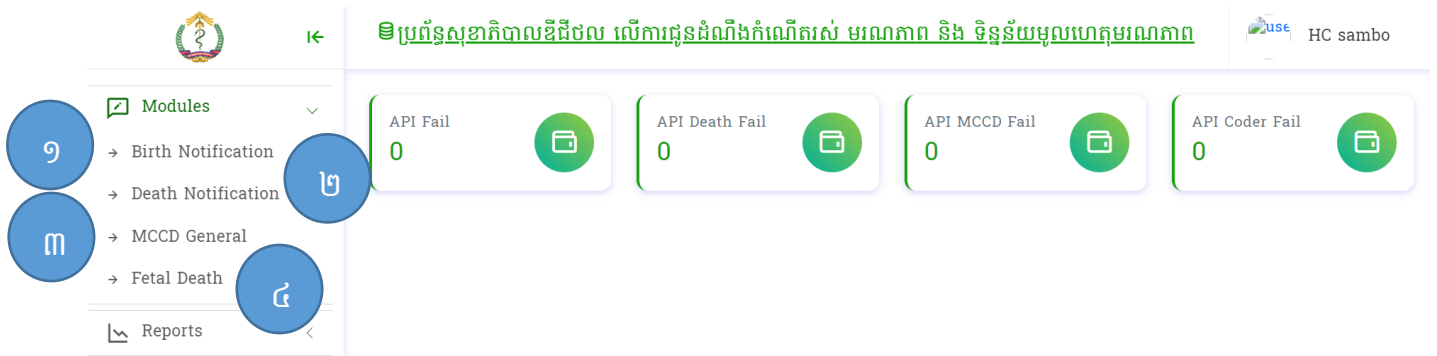


- Modules: គឺជាកន្លែង ម៉ូឌុលទាំងអស់ដែលត្រូវរាយការណ៍ចូលក្នុងប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល (រូបភាពទី២ លេខ១)។
- Reports: គឺជាកន្លែង របាយការណ៍ទាំងអស់នៅក្នុងប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល (រូបភាពទី២ លេខ២)។
- API Fail: កន្លែងបង្ហាញសារជូនដំណឹងកំណើតរស់ដែលធ្វើទៅខាងក្រសួងមហាផ្ទៃមិនបានជោគជ័យ (រូបភាពទី២ លេខ៣)។
- API Death Fail: កន្លែងបង្ហាញសារជូនដំណឹងមរណភាពដែលធ្វើទៅខាងក្រសួងមហាផ្ទៃមិនបានជោគជ័យ (រូបភាពទី២ លេខ៤)។
- API MCCD Fail: កន្លែងបង្ហាញសារជូនដំណឹង MCCD ដែលធ្វើទៅខាងក្រសួងមហាផ្ទៃមិនបានជោគជ័យ (រូបភាពទី២ លេខ៥)។
- API Coder Fail: កន្លែងបង្ហាញសារជូនដំណឹង Coder ដែលធ្វើទៅខាងក្រសួងមហាផ្ទៃមិនបានជោគជ័យ (រូបភាពទី២ លេខ៦)។
- បន្ទាប់មកសូមចុចទៅលើ Modules (រូបភាពទី២ លេខ១) ដើម្បីធ្វើការបញ្ចូលទិន្នន័យទៅក្នុងប្រព័ន្ធ។

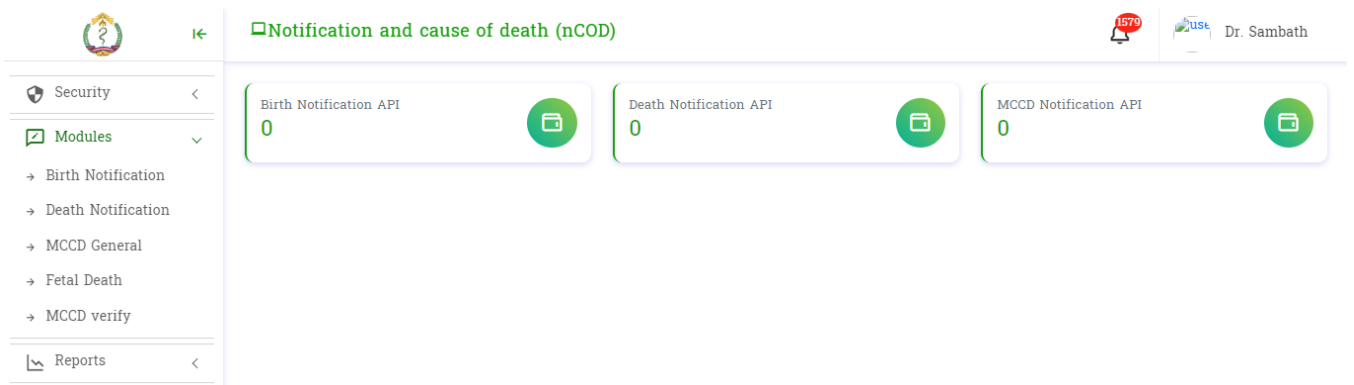
៣. ការបញ្ចូលទិន្នន័យចូលក្នុងប្រព័ន្ធ

- បន្ទាប់ពីចុចទៅលើ Modules (រូបភាពទី២ លេខ១) អ្នកនឹងឃើញភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៣)។

រូបភាពទី៣: ទំព័រ Module ទាំងអស់នៅក្នុងប្រព័ន្ធទិន្នន័យសុខាភិបាលឌីជីថល



(រូបថតមាន៥ម៉ូឌុល)



៤. ការបញ្ជូលទិន្នន័យការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ( Birth Notification )

ដើម្បីបញ្ជូលទិន្នន័យពីការជូនដំណឹងកំណើតរស់ អ្នកត្រូវចុចលើ Birth Notification (រូបភាពទី៣ លេខ១) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៤) ៖

រូបភាពទី៤៖ ទំព័រដើមនៃការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ( Birth Notification )



- សូមចុចលើប៉ូតុង “បន្ថែមថ្មី” (រូបភាពទី៤ លេខ១) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៥)៖

### រូបភាពទី៥៖ ទំរង់របាយការណ៍ការជូនដំណឹងកំណើតរស់ (Birth Notification)

Modules | [🏠](#) > Birth Notification (បន្ថែមថ្មី)

**១ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

រាជធានី/ខេត្ត (\*)  ស្រុក/ស្រុក/ខណ្ឌ (\*)  មូលដ្ឋានសុខាភិបាល (\*)

**២ ព័ត៌មានទារក**

ឈ្មោះទារក (\*)    មិនទាន់មានឈ្មោះ:  ប្រភេទកំណើតទារក (\*)  ប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាលកូន (\*)  ភេទទារក (\*)

ទម្ងន់ទារកកើត (\*)  ក្រាម ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (\*)  យ៉ាងកើត (២៤ ម៉ោង) (\*)

**៣ ទីកន្លែងកំណើត (ទីតាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះ ឬកន្លែងផ្សេងៗ)**

ប្រភេទទីកន្លែងកំណើត (\*)  រាជធានី/ខេត្ត (\*)  ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ (\*)  ឃុំ/សង្កាត់ (\*)

**៤ ព័ត៌មានឪពុកម្តាយ**

ឈ្មោះម្តាយ (\*)   លេខទូរស័ព្ទម្តាយ  ចំនួនកូនកើតរស់ (មកទល់បច្ចុប្បន្ន) (\*)

ឈ្មោះឪពុក   លេខទូរស័ព្ទឪពុក

**៥ ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់ម្តាយ**

រាជធានី/ខេត្ត (\*)  ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ (\*)  ឃុំ/សង្កាត់ (\*)  ភូមិ  លេខផ្លូវ  លេខផ្ទះ

[← ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម](#) [📄 រក្សាទុក](#)

**៦** **៧**

សូមអ្នកបំពេញទិន្នន័យទៅតាមផ្នែកនីមួយៗ (រូបភាពទី៥ លេខ១ ដល់លេខ៥)។ សម្រាប់ផ្នែកណាដែលមាន \* អ្នកត្រូវតែបំពេញដាច់ខាត មុននឹងអាចធ្វើការរក្សាទុកទិន្នន័យបាន។

1. មូលដ្ឋានសុខាភិបាល

- រាជធានី/ខេត្ត ( \* )៖ សម្រាប់ជ្រើសរើសរាជធានី/ខេត្ត ប៉ុន្តែសម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិជាមូលដ្ឋានសុខាភិបាល អ្នកមិនមានសិទ្ធិជ្រើសរើសទេ ប្រព័ន្ធនឹងរើសដោយស្វ័យប្រវត្តិ។
- ស្រុក/ប្រតិបត្តិ ( \* )៖ សម្រាប់ជ្រើសរើសស្រុក/ប្រតិបត្តិ ប៉ុន្តែសម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិជាមូលដ្ឋានសុខាភិបាល អ្នកមិនមានសិទ្ធិជ្រើសរើសទេ ប្រព័ន្ធនឹងរើសដោយស្វ័យប្រវត្តិ។
- មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ( \* )៖ សម្រាប់ជ្រើសរើសមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ប៉ុន្តែសម្រាប់អ្នកដែលមានសិទ្ធិជាមូលដ្ឋានសុខាភិបាល អ្នកមិនមានសិទ្ធិជ្រើសរើសទេ ប្រព័ន្ធនឹងរើសដោយស្វ័យប្រវត្តិ។

2. ព័ត៌មានទារក

- ឈ្មោះទារក ( \* )៖ សម្រាប់វាយបញ្ចូលនូវឈ្មោះទារក តែសម្រាប់ទារកណាដែលមិនទាន់មានឈ្មោះ អ្នកអាចដឹកយក  មិនទាន់មានឈ្មោះ
- ប្រភេទកំណើតទារក ( \* )៖ សូមជ្រើសរើសយកប្រភេទកំណើតទារក ( កូនទោល, ភ្លោះពីរ, ភ្លោះបី, ភ្លោះបួន ឬ ផ្សេងៗ )
- ប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាលកូន ( \* )៖
- ភេទទារក ( \* )
- ទម្ងន់ទារកកើត ( \* )
- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត ( \* )
- ម៉ោងកើត ( ២៤ ម៉ោង ) ( \* )

3. ទីកន្លែងកំណើត ( ទីតាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះ ឬកន្លែងផ្សេងៗ )

- ប្រភេទទីកន្លែងកំណើត ( \* )
- រាជធានី/ខេត្ត ( \* )
- ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ ( \* )
- ឃុំ/សង្កាត់ ( \* )

4. ព័ត៌មានឪពុកម្តាយ

- ឈ្មោះម្តាយ ( \* )
- លេខទូរស័ព្ទម្តាយ
- ចំនួនកូនកើតរស់ ( មកទល់បច្ចុប្បន្ន ) ( \* )
- ឈ្មោះឪពុក
- លេខទូរស័ព្ទឪពុក

5. ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់ម្តាយ

- រាជធានី/ខេត្ត ( \* )
- ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ ( \* )

- ឃុំ/សង្កាត់ ( \* )
- ភូមិ
- លេខផ្លូវ
- លេខផ្ទះ

បន្ទាប់ពីអ្នកបានបំពេញរួចរាល់ហើយ សូមចុចលើប៉ូតុង “រក្សាទុក” (រូបភាពទី៥ លេខ៧) ឬ អ្នកអាចត្រឡប់ទៅទំព័រមុនបានដោយគ្រាន់តែចុចលើប៉ូតុង “ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម” (រូបភាពទី៥ លេខ៦)។

- ដើម្បីស្វែងរក តាមប្រភេទជាក់លាក់ណាមួយ អ្នកត្រូវជ្រើសរើសប្រភេទ ឧទាហរណ៍៖ អ្នកជ្រើសរើសឆ្នាំ២០២៣ (រូបភាពទី៤ លេខ២) បន្ទាប់មកចុចលើប៉ូតុង “ស្វែងរក” (រូបភាពទី៤ លេខ៣)។
- ពេលដែលអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យរួច ហើយចង់កែសម្រួលអ្នកត្រូវចុចលើ Icon edit (រូបភាពទី៤ លេខ៤) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងកែសម្រួលទិន្នន័យដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៦)

### រូបភាពទី៦៖ ទំរង់កែសម្រួលរបាយការណ៍ការជូនដំណឹងកំណើតរស់ ( Birth Notification )

Modules | [🏠](#) > Birth Notification (កែប្រែ)

**មូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

រាជធានី/ខេត្ត (\*) បន្ទាយមានជ័យ  
 ស្រុក/ស្រុកប្រតិបត្តិ (\*) ប៉ោយប៉ែត  
 មូលដ្ឋានសុខាភិបាល (\*) 10202-ប៉ោយប៉ែត ១

**ព័ត៌មានទារក**

ឈ្មោះទារក (\*)  មិនទាន់មានឈ្មោះ  
 ជំរើ លី  
 ប្រភេទកំណើតទារក (\*) កូនទោល  
 ប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាលកូន (\*) វេជ្ជបណ្ឌិត  
 ភេទទារក (\*) ប្រុស  
 ទម្ងន់ទារកកើត (\*) 3000 ក្រាម  
 ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត (\*) 05-06-2023  
 ម៉ោងកើត (២៤ ម៉ោង) (\*) 10:15:00

**ទីកន្លែងកំណើត (ទីតាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះ ឬកន្លែងផ្សេងៗ)**

ប្រភេទទីកន្លែងកំណើត (\*) នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល  
 រាជធានី/ខេត្ត (\*) បន្ទាយមានជ័យ  
 ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ (\*) មង្គលបុរី  
 ឃុំ/សង្កាត់ (\*) បន្ទាយនាង

**ព័ត៌មានឪពុកម្តាយ**

ឈ្មោះម្តាយ(\*) រំជួល ដោ  
 លេខទូរស័ព្ទម្តាយ  
 ចំនួនកូនកើតរស់ (មកទល់បច្ចុប្បន្ន) (\*) 2  
 ឈ្មោះឪពុក នាមត្រកូល នាមខ្លួន  
 លេខទូរស័ព្ទឪពុក

**ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់ម្តាយ**

រាជធានី/ខេត្ត (\*) បន្ទាយមានជ័យ  
 ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ (\*) មង្គលបុរី  
 ឃុំ/សង្កាត់ (\*) បន្ទាយនាង  
 ភូមិ -- ជ្រើសរើស --  
 លេខផ្លូវ គ្មាន  
 លេខផ្ទះ គ្មាន

← ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម 🗑️ រក្សាទុក

១ ២

- បន្ទាប់ពីអ្នកបានកែសម្រួលទិន្នន័យរួចហើយ សូមចុចប៉ូតុង “រក្សាទុក” (រូបភាពទី៦ លេខ២)។
- អ្នកអាចត្រឡប់ទៅទំព័រដើមវិញដោយចុចលើ “ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម” (រូបភាពទី៦ លេខ១)។

សម្រាប់អ្នកចង់ត្រឡប់ទៅក្រុមការងារ សូមចុចលើ “Icon print” (រូបភាពទី៤ លេខ៥) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៧)៖

**រូបភាពទី៧៖ លិខិតជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់**



**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

ប៉េនប៊ែត ១

**លិខិតជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់**

លេខសម្គាល់: B0000000002

លេខចេញ៖.....

|   |   |  |   |  |                                      |
|---|---|--|---|--|--------------------------------------|
| <b>ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល</b><br>Health Center   |   | <b>ប្រភេទទីកន្លែងកំណើត</b><br>នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល  |   | <b>លេខកូដមូលដ្ឋានសុខាភិបាល(HMIS)</b><br>៖<br>1 0 2 0 2 |                                      |
| <b>ឈ្មោះទារក៖</b> នាមត្រកូល៖ ជីវី   |   | នាមខ្លួន៖ លី   |   | <input type="checkbox"/> មិនទាន់មានឈ្មោះ               |                                      |
| <b>ភេទទារក៖</b><br>ប្រុស  | <b>ទម្ងន់ទារកកើត(ជាក្រាម)៖</b><br>3 0 0 0 | <b>ប្រភេទកំណើតទារក៖</b><br>កូនទោល  | <b>ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖</b><br>0 5 0 6 2 0 2 3         |  | <b>ម៉ោងកើត(២៤ម៉ោង)៖</b><br>1 0 : 1 5 |
| <b>ទីកន្លែងកំណើត (ទីតាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះ ឬកន្លែងផ្សេងៗ)</b><br>ឃុំ/សង្កាត់៖ បន្ទាយនាង ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ មង្គលបុរី<br>រាជធានី/ខេត្ត៖ បន្ទាយមានជ័យ |   |  | <b>ប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាលកូន៖</b><br>វេជ្ជបណ្ឌិត |  |                                      |
| <b>ព័ត៌មានឪពុកម្តាយ</b>   |   |  |   |  |                                      |
| <b>ឈ្មោះម្តាយ</b><br>នាមត្រកូល៖ រំដួល<br>នាមខ្លួន៖ ដោ<br>លេខទូរស័ព្ទ៖   |   | <b>លំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់ម្តាយ</b><br>ឃុំ/សង្កាត់៖ បន្ទាយមានជ័យ<br>ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ មង្គលបុរី<br>រាជធានី/ខេត្ត៖ បន្ទាយនាង |   | <b>ចំនួនទារកកើតរស់</b><br>(មកដល់បច្ចុប្បន្ន)៖ 2នាក់    |                                      |
| <b>ឈ្មោះឪពុក</b><br>នាមត្រកូល៖  |   | នាមខ្លួន៖  |   | លេខទូរស័ព្ទ៖   |                                      |

បន្ទាយមានជ័យ, ថ្ងៃទី 5 ខែ មិថុនា ឆ្នាំ 2023  
ហត្ថលេខា និងឈ្មោះគ្រូពេទ្យ

បានឃើញ និងអនុម័ត  
ប្រធាន

### ៥. ការបញ្ជូលទិន្នន័យការជូនដំណឹងមរណភាព (Death Notification)

ដើម្បីបញ្ជូលទិន្នន័យពីការជូនដំណឹងមរណភាព អ្នកត្រូវចុចលើ Death Notification (រូបភាពទី៣ លេខ២) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៨) ៖

#### រូបភាពទី៨៖ ទំព័រដើមនៃការជូនដំណឹងមរណភាព (Death Notification)

Modules | [🏠](#) > Death Notification

ឆ្នាំ 2023 ខែ -- ជ្រើសរើស -- រាជធានី/ខេត្ត -- ជ្រើសរើស -- ស្រុក/ក្រុង -- ជ្រើសរើស -- មូលដ្ឋានសុខាភិបាល -- ជ្រើសរើស -- ឈ្មោះមរណៈជន លេខចេញ

២

+
៣

Excel
Copy
Print

បង្ហាញ 10 ក្នុងមួយទំព័រ

| ល.រ | លេខចេញ      | មូលដ្ឋានសុខាភិបាល | នាមត្រកូល | នាមខ្លួន | ភេទ   | អាយុ    | ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព |   |
|-----|-------------|-------------------|-----------|----------|-------|---------|-------------------|---|
| 1   | D0000000003 | ប៉ោយប៉ែត ១        | កុន       | តាម      | ប្រុស | 17ឆ្នាំ | 2023-06-05        | <span style="border: 1px solid #ccc; border-radius: 50%; padding: 2px 5px;">៤</span> <span style="border: 1px solid #ccc; border-radius: 50%; padding: 2px 5px; margin-left: 5px;">៥</span> |

បង្ហាញ 1 ទៅ 1 នៃ 1 ទិន្នន័យ

ទំព័រមុន
1
ទំព័របន្ទាប់

©រក្សាសិទ្ធិគ្រប់បែបយ៉ាងដោយ នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល នៃក្រសួងសុខាភិបាល

- បន្ទាប់មកសូមចុចលើប៉ូកុង “បន្ថែមថ្មី” (រូបភាពទី៨ លេខ៣) នោះអ្នកនឹងឃើញរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៩)៖

### រូបភាពទី៩៖ ទំព័របន្ថែមថ្មីនៃការជូនដំណឹងមរណភាព

Modules | [🏠](#) > Death Notification (បន្ថែមថ្មី)

**១ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

រាជធានី/ខេត្ត (\*)  ស្រុកប្រតិបត្តិ (\*)  មូលដ្ឋានសុខាភិបាល (\*)

**២ ព័ត៌មានមរណភាព**

ឈ្មោះមរណៈជន (\*)   ភេទមរណៈជន (\*)  ប្រភេទនៃមរណភាព (\*)   អាយុ  ឆ្នាំ  ខែ  ថ្ងៃ  ម៉ោង  នាទី

ប្រសិនបើអ្នកស្លាប់ទើបនឹងកើត ដោយគ្មានឈ្មោះ ចូរសរសេរ "កូនរបស់ ឈ្មោះអ្នក"

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត  ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព (\*)  ម៉ោងទទួលមរណភាព(២៤ម៉ោង) (\*)  លេខទូរសព្ទ ញាតិមរណជន ឬអ្នករាយការណ៍

**៣ ទីកន្លែងមរណភាព(មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះ ឬកន្លែងផ្សេងៗ)**

ប្រភេទទីកន្លែងមរណភាព (\*)  រាជធានី/ខេត្ត (\*)  ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ (\*)  ឃុំ/សង្កាត់ (\*)

**៤ ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់មរណជន (ឬទីលំនៅឋានរបស់អ្នករាយការណ៍ជាទាមក)**

រាជធានី/ខេត្ត (\*)  ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ (\*)  ឃុំ/សង្កាត់ (\*)  ភូមិ  លេខផ្លូវ  លេខផ្ទះ

← ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម 📄 រក្សាទុក

៥

៦

សូមអ្នកបំពេញទិន្នន័យទៅតាមផ្នែកនីមួយៗ (រូបភាពទី៩ លេខ១ ដល់លេខ៤)។ សម្រាប់ផ្នែកណាដែលមាន \* អ្នកត្រូវតែបំពេញជាចាំបាច់ មុននឹងអាចធ្វើការរក្សាទុកទិន្នន័យបាន។

1. មូលដ្ឋានសុខាភិបាល
  - រាជធានី/ខេត្ត (\*)
  - ស្រុកប្រតិបត្តិ (\*)
  - មូលដ្ឋានសុខាភិបាល (\*)

2. ព័ត៌មានមរណភាព

- ឈ្មោះមរណៈជន ( \* )
- ភេទមរណជន ( \* )
- ប្រភេទនៃមរណភាព ( \* )
- អាយុ
- ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត
- ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព ( \* )
- ម៉ោងទទួលមរណភាព(២៤ម៉ោង) ( \* )
- លេខទូរសព្ទ ញាតិមរណជន ឬអ្នករាយការណ៍

3. ទីកន្លែងមរណភាព(មូលដ្ឋានសុខភាព ឬផ្ទះ ឬកន្លែងផ្សេងៗ)

- ប្រភេទទីកន្លែងមរណភាព ( \* )
- រាជធានី/ខេត្ត ( \* )
- ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ ( \* )
- ឃុំ/សង្កាត់ ( \* )

4. ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់មរណជន (ឬទីលំនៅឋានរបស់ម្តាយមរណជនជាទារក)

- រាជធានី/ខេត្ត ( \* )
- ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ ( \* )
- ឃុំ/សង្កាត់ ( \* )
- ភូមិ
- លេខផ្លូវ
- លេខផ្ទះ

បន្ទាប់ពីអ្នកបានបំពេញរួចរាល់ហើយ សូមចុចលើប៉ូតុង “រក្សាទុក” (រូបភាពទី៩ លេខ៦) ឬ អ្នកអាចត្រឡប់ទៅទំព័រមុនបានដោយគ្រាន់តែចុចលើប៉ូតុង “ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម” (រូបភាពទី៩ លេខ៥)។

- ដើម្បីស្វែងរក តាមប្រភេទជាក់លាក់ណាមួយ អ្នកត្រូវជ្រើសរើសប្រភេទ ឧទាហរណ៍៖ អ្នកជ្រើសរើសឆ្នាំ២០២៣ (រូបភាពទី៨ លេខ១) បន្ទាប់មកចុចលើប៉ូតុង “ស្វែងរក” (រូបភាពទី៨ លេខ២)។
- ពេលដែលអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យរួច ហើយចង់កែសម្រួលអ្នកត្រូវចុចលើ Icon edit (រូបភាពទី៨ លេខ៤)បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងកែសម្រួលទិន្នន័យដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី១០)

### រូបភាពទី១០៖ ទំព័រកែសម្រួលនៃការជូនដំណឹងមរណភាព

Modules | [🏠](#) > Death Notification (កែប្រែ)

**មូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

រាជធានី/ខេត្ត (\*)  ស្រុក/ប្រតិបត្តិ (\*)  មូលដ្ឋានសុខាភិបាល (\*)

**ព័ត៌មានមរណភាព**

ឈ្មោះមរណៈជន (\*)   ភេទមរណៈជន (\*)  ប្រភេទនៃមរណភាព (\*)   អាយុ  ឆ្នាំ  ខែ  ថ្ងៃ  ម៉ោង  នាទី

ប្រសិនបើអ្នកស្លាប់ទើបនឹងកើត ដោយគ្មានឈ្មោះ ឬសរសេរ "កូនរបស់ ឈ្មោះម្តាយ"

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត  ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព (\*)  ម៉ោងទទួលមរណភាព(២៤ម៉ោង) (\*)  លេខទូរសព្ទ ញាតិមរណជន ឬអ្នករាយការណ៍

**ទីកន្លែងមរណភាព(មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះ ឬកន្លែងផ្សេងៗ)**

ប្រភេទទីកន្លែងមរណភាព (\*)  រាជធានី/ខេត្ត (\*)  ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ (\*)  ឃុំ/សង្កាត់ (\*)

**ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់មរណជន (ឬទីលំនៅឋានរបស់ម្តាយមរណជនជាទាមការ)**

រាជធានី/ខេត្ត (\*)  ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ (\*)  ឃុំ/សង្កាត់ (\*)  ភូមិ  លេខផ្លូវ  លេខផ្ទះ

← ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម

🗑️ រក្សាទុក

១

២

- បន្ទាប់ពីអ្នកបានកែសម្រួលទិន្នន័យរួចហើយ សូមចុចប៉ូតុង "រក្សាទុក" (រូបភាពទី១០ លេខ២)។
- អ្នកអាចត្រឡប់ទៅទំព័រដើមវិញដោយចុចលើ "ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម" (រូបភាពទី១០ លេខ១)។

សម្រាប់អ្នកចង់ព្រីនឯកសារ សូមចុចលើ "Icon print" (រូបភាពទី៨ លេខ៥) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី១១)៖

រូបភាពទី១១៖ ទំព័រគ្រឹះនៃការជូនដំណឹងមរណភាព



ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ប៉ោយប៉ែត ១  
លេខចេញ:.....

**លិខិតជូនដំណឹងអំពីមរណភាព**

លេខសម្គាល់: D0000000003

|   |  |   |  |   |  |
|---|--|---|--|---|--|
| ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល<br>Health Center  |  | ប្រភេទទីកន្លែងកំណើត<br>នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល  |  | លេខកូដមូលដ្ឋានសុខាភិបាល(HMIS):<br>1 0 2 0 2 |  |
| ឈ្មោះមរណជន<br>នាមត្រកូល៖ កុន<br>នាមខ្លួន៖ តាម<br>ប្រសិនបើអ្នកស្នាក់នៅទីបំណង ដោយគ្មានឈ្មោះ ចូរសរសេរ "កូនរបស់ ឈ្មោះម្តាយ"                     |  | ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណៈ<br>0 5 0 6 2 0 2 3  |  | ម៉ោងទទួលមរណភាព(២៤ម៉ោង):<br>1 1 : 4 6        |  |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត<br>0 6 0 6 2 0 0 6   |  | អាយុ បើមិនមានថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត 1 7 ឆ្នាំ   |  | ភេទមរណជន៖<br>ប្រុស                          |  |
| ទីកន្លែងមរណភាព (មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះ ឬកន្លែងផ្សេងៗ)<br>ឃុំ/សង្កាត់៖ បន្ទាយនាង ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ មង្គលបុរី<br>រាជធានី/ខេត្ត៖ បន្ទាយមានជ័យ |  | ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់មរណជន (ឬទីលំនៅឋានរបស់ម្តាយបើមរណជនជាទារក)<br>ឃុំ/សង្កាត់៖ បន្ទាយនាង ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ មង្គលបុរី<br>រាជធានី/ខេត្ត៖ បន្ទាយមានជ័យ |  |   |  |
| លេខទូរសព្ទ ញាតិមរណជន ឬអ្នករាយការណ៍៖   |  |   |  |   |  |

បន្ទាយមានជ័យ, ថ្ងៃទី 5 ខែ មិថុនា ឆ្នាំ 2023  
ហត្ថលេខា និងឈ្មោះគ្រូពេទ្យ

បានឃើញ និងអនុម័ត  
ប្រធាន

៦. ការបញ្ជូលទិន្នន័យ M CCD ( M CCD General )

ដើម្បីបញ្ជូលទិន្នន័យរបស់ M CCD អ្នកត្រូវចុចលើ M CCD General (រូបភាពទី៣ លេខ៣) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី១២) ៖

### រូបភាពទី១២៖ ទំព័រដើម MCCD

Modules | [🏠](#) > MCCD General

ឆ្នាំ  
2023

ខែ  
-- ជ្រើសរើស --

រាជធានី/ខេត្ត  
បន្ទាយមានជ័យ

ស្រុកប្រតិបត្តិ  
ប៉ោយប៉ែត

មូលដ្ឋានសុខាភិបាល  
10202-ប៉ោយប៉ែត...

ឈ្មោះមរណៈជន

លេខចេញ

🔍 ស្វែងរក

Excel
Copy
Print

បង្ហាញ 10 ក្នុងមួយទំព័រ

| ល.រ | លេខចេញ | មូលដ្ឋានសុខាភិបាល | នាមត្រកូល | នាមខ្លួន | ភេទ   | អាយុ    | ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព | ស្ថានភាព |
|-----|--------|-------------------|-----------|----------|-------|---------|-------------------|----------|
| 1   |        | ប៉ោយប៉ែត ១        | កុន       | តាម      | ប្រុស | 17ឆ្នាំ | 2023-06-05        | +        |

បង្ហាញ 1 ទៅ 1 នៃ 1 ទិន្នន័យ

ទំព័រមុន
1
ទំព័របន្ទាប់

©រក្សាសិទ្ធិគ្រប់បែបយ៉ាងដោយ នាយកដ្ឋានផែនការ និងព័ត៌មានសុខាភិបាល នៃក្រសួងសុខាភិបាល

បន្ទាប់មកសូមចុចលើសញ្ញា + (រូបភាពទី១២ លេខ៣) អ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាព (រូបភាពទី១៣)ដូចខាងក្រោម៖

### រូបភាពទី១៣៖ ទំព័របញ្ចូលទិន្នន័យ MCCD (ទម្រង់ ក)

Modules | [🏠](#) > MCCD General (បន្ថែមថ្មី)

ព័ត៌មានមរណៈជន

លេខចេញ: D0000000003      ឈ្មោះមរណៈជន: កុន តាម      ភេទ: ប្រុស      អាយុ: 17

ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២

ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត

|   | មូលហេតុនៃការស្លាប់ | ចន្លោះពេល(ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើមរហូតដល់ពេលស្លាប់) |
|---|--------------------|---|
| ១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ<br>ឬលក្ខខណ្ឌដែលបណ្តាលស្លាប់ដោយផ្ទាល់នៅក្នុងជួរ ក  | ក                  |   |
| រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍តាមលំដាប់ដោយ<br>(បើមាន)   | ខ                  |   |
| បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុបន្ទាប់បន្សំនៃការស្លាប់នៅក្រោមគេបង្អស់។   | គ                  |   |
|   | ឃ                  |   |
| ២. លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងៗទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការស្លាប់<br>(ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក<br>នៅពីក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ) |                    |   |

← ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម

🔍 រក្សាទុក

៣

៤

នៅក្នុង M CCD មានពីរទម្រង់៖ **ទម្រង់ ក** គឺជាទំព័រដំបូងនៅពេលអ្នកចុចបញ្ចូល M CCD។ បន្ទាប់ពីអ្នកបានបំពេញ **ទម្រង់ ក** រួច អ្នកអាចចុចលើ**ទម្រង់ ខ** (រូបភាពទី១៣ លេខ២) អ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី១៤)សម្រាប់ស្តុកចនាគរដែលមាន \* អ្នកត្រូវបញ្ចូលដាច់ខាតមុនពេលរក្សាទុកទិន្នន័យ។

1. **ទម្រង់ ក**៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២

- a. ១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌដែលបណ្តាលស្លាប់ដោយផ្ទាល់នៅក្នុងជួរ ក
- b. រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍តាមលំដាប់លំដោយ (បើមាន)
- c. បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុបន្ទាប់បន្សំនៃការស្លាប់នៅជួរក្រោមគេបង្អស់។
- d. ចន្លោះពេល(ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើម រហូតដល់ពេលស្លាប់)
- e. ២. លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងៗទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការស្លាប់ (ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក នៅពីក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ)

2. **ទម្រង់ ខ**៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត

- a. តើមានការវះកាត់ក្នុងរយៈពេល១៤សប្តាហ៍ចុងក្រោយដែរឬទេ ?
- b. ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់
- c. ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការវះកាត់ (មរណភាព ឬលក្ខខណ្ឌ)
- d. តើមានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិច័យដែរទេ
- e. ប្រសិនបើមាន តើបកគំហើញនានាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់នេះដែរឬទេ ?
- f. ប្រភេទនៃការស្លាប់៖ ( \* )
- g. ប្រសិនបើមានមូលហេតុខាងក្រៅ ឬជាតិពុល៖
- h. កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់
- i. សូមពណ៌នាថាតើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា (ប្រសិនបើពុល សូមបញ្ជាក់អំពីសារធាតុពុល)
- j. ទីកន្លែងកើតមូលហេតុខាងក្រៅ៖ ( \* )
- k. ទារកស្លាប់កើត/ទារកកើតស្លាប់
- l. មានទារកច្រើនក្នុងផ្ទៃ
- m. ទារកកើតស្លាប់
- n. ប្រសិនបើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់រយៈពេលដែលនៅរស់
- o. ទម្ងន់ទារក(គិតជាក្រាម)
- p. ប្រភេទមរណជន
- q. អាយុគភ៌គិតជាសប្តាហ៍
- r. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតម្តាយ
- s. ឬ អាយុ (គិតជាឆ្នាំពេញ)
- t. ចំនួនទារកកើតរស់( ដល់បច្ចុប្បន្ន )

- u. ចំនួនទារកស្លាប់កើត( ដល់បច្ចុប្បន្ន )
  - v. ប្រសិនបើស្លាប់ជុំវិញកំណើត សូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត
  - w. ចំពោះស្ត្រីមរណជន តើមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ ?
  - x. បើមាន តើដឹងថាមានផ្ទៃពោះនៅពេលណា ?
  - y. តើការមានផ្ទៃពោះរួមចំណែកដល់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដែរឬទេ ?
- បន្ទាប់ពីអ្នកបានបំពេញទិន្នន័យរួចរាល់ហើយ សូមចុចលើប៉ូតុង “រក្សាទុក” (រូបភាពទី១៤ លេខ២) ដើម្បីរក្សាទុកទិន្នន័យ ទាំងនៅក្នុងទម្រង់ ក និងទម្រង់ ខ។ អ្នកក៏អាចចុចលើប៉ូតុង “រក្សាទុក” (រូបភាពទី១៣ លេខ៤) ដើម្បីរក្សាទុកទិន្នន័យ។
  - បើសិនជាអ្នកចង់ត្រឡប់ទៅទំព័រដើមវិញសូមចុចលើ “ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម” (រូបភាពទី១៣ លេខ៣) (រូបភាពទី១៤ លេខ១) ។

## រូបភាពទី១៤៖ ទំព័របញ្ចូលទិន្នន័យ MCCD ( ទម្រង់ ខ )

■ ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២

■ ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត

| ល.រ | កម្រងសំណួរ  | ចម្លើយ   |
|-----|---|--|
| 1   | តើមានការរកកាត់ក្នុងរយៈពេល១៤សប្តាហ៍ចុងក្រោយដែរឬទេ?   | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 2   | ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការរកកាត់  | DD-MM-YYYY   |
| 3   | ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការរកកាត់ (មរណភាព ឬលក្ខខណ្ឌ)                                     |  |
| 4   | តើមានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិច័យដែរទេ?  | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 5   | ប្រសិនបើមាន តើបកគំហើញនានាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់នេះដែរឬទេ?                        | <input type="radio"/> បាទ/ចាស <input type="radio"/> ទេ <input type="radio"/> មិនដឹង  |
| 6   | <b>ប្រភេទនៃការស្លាប់៖ (*)</b>   | <input type="radio"/> ជំងឺ <input type="radio"/> ការបំពានផ្លូវកាយ <input type="radio"/> មិនអាចកំណត់បាន <input type="radio"/> ឧបទ្វេហេតុ<br><input type="radio"/> អន្តរាគមន៍តាមផ្លូវច្បាប់ <input type="radio"/> រង់ចាំការស៊ើបអង្កេត<br><input type="radio"/> ការធ្វើបាបខ្លួនឯងដោយចេតនា/អត្តឃាត <input type="radio"/> សង្រ្គាម <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 7   | ប្រសិនបើមានមូលហេតុខាងក្រៅ ឬជាតិពុល៖   | <input type="radio"/> មូលហេតុខាងក្រៅ <input type="radio"/> ជាតិពុល   |
| 8   | កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់  | DD-MM-YYYY   |
| 9   | សូមពណ៌នាថាតើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា (ប្រសិនបើមានសូមបញ្ជាក់អំពីសារធាតុពុល)                 |  |
| 10  | <b>ទីកន្លែងកើតមូលហេតុខាងក្រៅ៖ (*)</b>   | <input type="radio"/> នៅផ្ទះ <input type="radio"/> ទីលំនៅ ជាវិទ្យាស្ថានឬអគារ<br><input type="radio"/> សាលារៀន ស្ថាប័នដទៃទៀត តំបន់រដ្ឋបាលសាធារណៈ <input type="radio"/> កីឡដ្ឋាន <input type="radio"/> ផ្លូវ ឬផ្លូវជាតិ<br><input type="radio"/> តំបន់ពាណិជ្ជកម្ម និងសេវាកម្ម <input type="radio"/> តំបន់ឧស្សាហកម្ម និងតំបន់សាងសង់ <input type="radio"/> កសិដ្ឋាន<br><input type="radio"/> កន្លែងដទៃទៀត <input type="radio"/> មិនដឹង |
| 11  | <input type="radio"/> ទារកស្លាប់កើត <input type="radio"/> ទារកកើតស្លាប់                         |  |
| 12  | មានទារកច្រើនក្នុងផ្ទៃ   | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 13  | ទារកកើតស្លាប់   | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 14  | ប្រសិនបើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់រយៈពេលដែលនៅរស់                                       |  |
| 15  | ទម្ងន់ទារក(គិតជាត្រាម)  | <input type="text"/> <span style="float: right;">ត្រាម</span>  |
| 16  | ប្រភេទមរណជន   | <input type="radio"/> ប្រុស <input type="radio"/> ស្រី <input type="radio"/> ផ្សេងៗ  |
| 17  | អាយុគភ៌គិតជាសប្តាហ៍   | <input type="text"/>   |
| 18  | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតម្តាយ   | DD-MM-YYYY   |
| 19  | ឬ អាយុ (គិតជាឆ្នាំពេញ)  | <input type="text"/>   |
| 20  | ចំនួនទារកកើតរស់(ដល់បច្ចុប្បន្ន)   | <input type="text"/>   |
| 21  | ចំនួនទារកស្លាប់កើត(ដល់បច្ចុប្បន្ន)  | <input type="text"/>   |
| 22  | ប្រសិនបើស្លាប់ផ្លូវច្បាប់ ឬស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត | <input type="text"/>   |
| 23  | ចំពោះស្រ្តីមរណជន តើមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ?  | <input type="radio"/> បាទ/ចាស <input type="radio"/> ទេ <input type="radio"/> មិនដឹង  |
| 24  | បើមាន តើដឹងថាមានផ្ទៃពោះនៅពេលណា?   | <input type="radio"/> នៅពេលស្លាប់ <input type="radio"/> <៤២ថ្ងៃមុនពេលស្លាប់ <input type="radio"/> ៤៣ថ្ងៃ-១ឆ្នាំមុនពេលស្លាប់ <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 25  | តើមានការផ្ទៃពោះរួមចំណែកដល់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដែរឬទេ?   | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង   |

← ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម

📄 រក្សាទុក

១

២

បន្ទាប់ពីអ្នកបានរក្សាទុកទិន្នន័យបានជោគជ័យហើយ ត្រង់កន្លែងស្ថានភាព (រូបភាពទី១៥) អ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម៖

**រូបភាពទី១៥៖ ទំព័រដើម MCCD ដែលបានបញ្ចូល MCCD រួច**

Modules | [🏠](#) > MCCD General

ឆ្នាំ: 2023 | ខែ: -- ជ្រើសរើស -- | រាជធានី/ខេត្ត: បន្ទាយមានជ័យ | ស្រុកប្រតិបត្តិ: ប៉ោយប៉ែត | មូលដ្ឋានសុខាភិបាល: 10202-ប៉ោយប៉ែត... | ឈ្មោះមរណៈជន: | លេខចេញ: |

[🔍 ស្វែងរក](#)

Excel | Copy | Print

បង្ហាញ: 10 ក្នុងមួយទំព័រ

| ល.រ | លេខចេញ      | មូលដ្ឋានសុខាភិបាល | នាមត្រកូល | នាមខ្លួន | ភេទ   | អាយុ    | ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព | ស្ថានភាព |
|-----|-------------|-------------------|-----------|----------|-------|---------|-------------------|----------|
| 1   | M0000000003 | ប៉ោយប៉ែត ១        | កុន       | តាម      | ប្រុស | 17ឆ្នាំ | 2023-06-05        | No Coder |

បង្ហាញ 1 ទៅ 1 នៃ 1 ទិន្នន័យ

**៧. ការបញ្ចូលទិន្នន័យ Coder**

សម្រាប់ថ្នាក់ Coder ពេលដែលចូលក្នុងប្រព័ន្ធរួច សូមចុចលើ **MCCD General** (រូបភាពទី១៦ លេខ១)

**រូបភាពទី១៦៖ ម៉ឺនុយដើម្បីជ្រើសរើស**

The screenshot shows a sidebar menu with a logo at the top. Below the logo, there are two main sections: 'Modules' and 'Reports'. Under 'Modules', there are three items: 'MCCD General', 'Fetal Death', and 'MCCD verify'. The 'MCCD General' item is highlighted with a blue circle containing the number '1'. The 'Reports' section is partially visible at the bottom.

អ្នកនឹងបញ្ចូលទិន្នន័យសូមចុចលើ "No coder" (រូបភាពទី១៥ លេខ១) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី១៧)៖

**រូបភាពទី១៧៖ ទំព័រដើមMCCDក្នុងទម្រង់ ក សម្រាប់ថ្នាក់ Coder( ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២ )**

Setting | > Coder ( MCCD )

**ព័ត៌មានមរណៈជន**

លេខចេញ: D0000000003      ឈ្មោះមរណៈជន: កុន តាម      ភេទ: ប្រុស      អាយុ: 17

| <input checked="" type="checkbox"/> ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២  |   | <input type="checkbox"/> ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត |   | <input type="checkbox"/> FUCOD |         |
|---|---|---|---|--------------------------------|---------|
| ១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ<br>ឬលក្ខខណ្ឌដែលបណ្តាលស្លាប់ដោយផ្ទាល់នៅក្នុងជួរ ក<br><br>រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍តាមលំដាប់ដោយ<br>(បើមាន)<br><br>បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុបន្ទាប់បន្សំនៃការស្លាប់នៅជួរក្រោមគេបង្អស់។ |   | មូលហេតុនៃការស្លាប់  | ចន្លោះពេល(ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើម<br>រហូតដល់ពេលស្លាប់) | ១                              | Coder ៣ |
|   | ក | Malaria   | 3 days  |                                |         |
|   | ខ |   |   |                                | ២       |
|   | គ |   |   |                                |         |
|   | ឃ |   |   |                                |         |
| ២. លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងៗទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការស្លាប់<br>(ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក<br>នៅពីក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ)   |   |   |   |                                |         |
|   |   |   |   |                                |         |



ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម

រក្សាទុក



- បន្ទាប់ពីចូលដល់ទំព័រនេះហើយ (រូបភាពទី១៧) អ្នកត្រូវបញ្ចូល Coder យ៉ាងហោចណាស់១ប្រអប់ ចាប់ពីលេខ ១ដល់៣ (រូបភាពទី១៧) ទៅតាមមូលហេតុនៃការស្លាប់ និងចន្លោះពេល( ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើម រហូតដល់ពេលស្លាប់)ដែលមានតម្លៃ។ មួយវិញទៀតក្នុងករណីលេខ៤ (រូបភាពទី១៧)មានទិន្នន័យអ្នកត្រូវបញ្ចូលក្នុងប្រអប់ Coderដូចគ្នា។
- បើសិនជាអ្នកចង់ត្រឡប់ទៅទំព័រដើមវិញសូមចុចលើ “ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម” (រូបភាពទី១៧ លេខ៥)។
- បន្ទាប់ពីអ្នកបានបំពេញទិន្នន័យរួចរាល់ហើយ សូមចុចលើប៉ូតុង “រក្សាទុក” (រូបភាពទី១៧ លេខ៦) អ្នកអាចពិនិត្យមើលទិន្នន័យក្នុងទម្រង់ ខ ដើម្បីអាចបំពេញ FUCOD នូវថែប (tab)បន្ទាប់ នោះអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី១៨)។

## រូបភាពទី១៨ ទំព័រដើម MCCD ក្នុងទម្រង់ ក សម្រាប់ថ្នាក់ Coder ( FUCOD )

Setting | [🏠](#) > Coder ( MCCD )

**ព័ត៌មានមរណៈជន**

លេខចេញ: D0000000003      ឈ្មោះមរណៈជន: កុន តាម      ភេទ: ប្រុស      អាយុ: 17

---

ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២  
  ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត  
  FUCOD

---

ICD10-FUCOD Name FUCOD (English)      Name FUCOD (France)

១

← ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម

🗑 រក្សាទុក

២

៣

បន្ទាប់មកអ្នកត្រូវឲ្យជ្រើសរើស ICD10-FUCOD ( រូបភាពទី១៨ លេខ១ ) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម ( រូបភាពទី១៩ ) ៖

### រូបភាពទី១៩៖ ទម្រង់បញ្ជីឈ្មោះជំងឺដែលមាន ICD10 កូដ

ICD

Search ICD Code..... ១ 
២ + បន្ថែមថ្មី

| #  | ICD10-FUCOD | Name FUCOD (English)                               | Name FUCOD (France)                                      |
|----|-------------|--|--|
| 1  | A00         | Cholera  | Choléra  |
| 2  | A00.0       | Cholera due to Vibrio cholerae 01, biovar cholerae | En raison de Vibrio cholerae 01 choléra, biovar cholerae |
| 3  | A00.1       | Cholera due to Vibrio cholerae 01, biovar eltor    | En raison de Vibrio cholerae 01 choléra, biovar eltor    |
| 4  | A00.9       | Cholera, unspecified                               | Choléra, sans précision                                  |
| 5  | A01         | Typhoid and paratyphoid fevers                     | Les fièvres typhoïde et paratyphoïde                     |
| 6  | A01.0       | Typhoid fever                                      | La fièvre typhoïde                                       |
| 7  | A01.1       | Paratyphoid fever A                                | La fièvre paratyphoïde A                                 |
| 8  | A01.2       | Paratyphoid fever B                                | La fièvre paratyphoïde B                                 |
| 9  | A01.3       | Paratyphoid fever C                                | La fièvre paratyphoïde B                                 |
| 10 | A01.4       | Paratyphoid fever, unspecified                     | La fièvre paratyphoïde, sans précision                   |

បន្ទាប់មកអ្នកត្រូវជ្រើសរើសជំងឺប្រក្រតីអាចស្វែងរកជំងឺតាម ICD10 ( រូបភាពទី១៩ លេខ១ ) បន្ទាប់មកជ្រើសរើសលើជំងឺនោះវានឹងដាក់ដោយស្វ័យប្រវត្តិ បន្ទាប់មកសូមចុចលើ “រក្សាទុក” ( រូបភាពទី១៨ លេខ៣ ) ។ ក្នុងករណីមិនមានជំងឺនៅក្នុងប្រព័ន្ធទេ អ្នកអាចចុចលើប៉ូកុងបន្ថែម ( រូបភាពទី១៩ លេខ២ ) ដើម្បីបន្ថែមថ្មី នោះអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម ( រូបភាពទី២០ ) ៖

### រូបភាពទី២០៖ តារាងសម្រាប់បញ្ចូលឈ្មោះជំងឺនិង ICD10 កូដថ្មី

#### បន្ថែម ICD10

១ ICD Code (\*)

២ Name English (\*)

៣ Name French

៤ រក្សាទុក

៥ បិទ

- បន្ទាប់មកចាំបាច់តម្រូវឲ្យអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យ ICD 10 Code (រូបភាពទី២០ លេខ១)
- បន្ទាប់មកចាំបាច់តម្រូវឲ្យអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យ ឈ្មោះជាភាសាអង់គ្លេស (រូបភាពទី២០ លេខ២)
- សម្រាប់ឈ្មោះជាភាសាបារាំង (រូបភាពទី២០ លេខ៣) អាចបញ្ចូលក៏បានអត់ក៏បាន
- បន្ទាប់មកសូមចុចលើ “រក្សាទុក” (រូបភាពទី២០ លេខ៤) ដើម្បីរក្សាទុកទិន្នន័យ
- បើសិនជាអ្នកចង់បិទផ្ទាំងបន្ថែមថ្មីនេះ សូមចុចលើ “បិទ” (រូបភាពទី២០ លេខ៥)។

#### ៨. ការបញ្ចូលទិន្នន័យទារកស្លាប់កើត (Fetal Death)

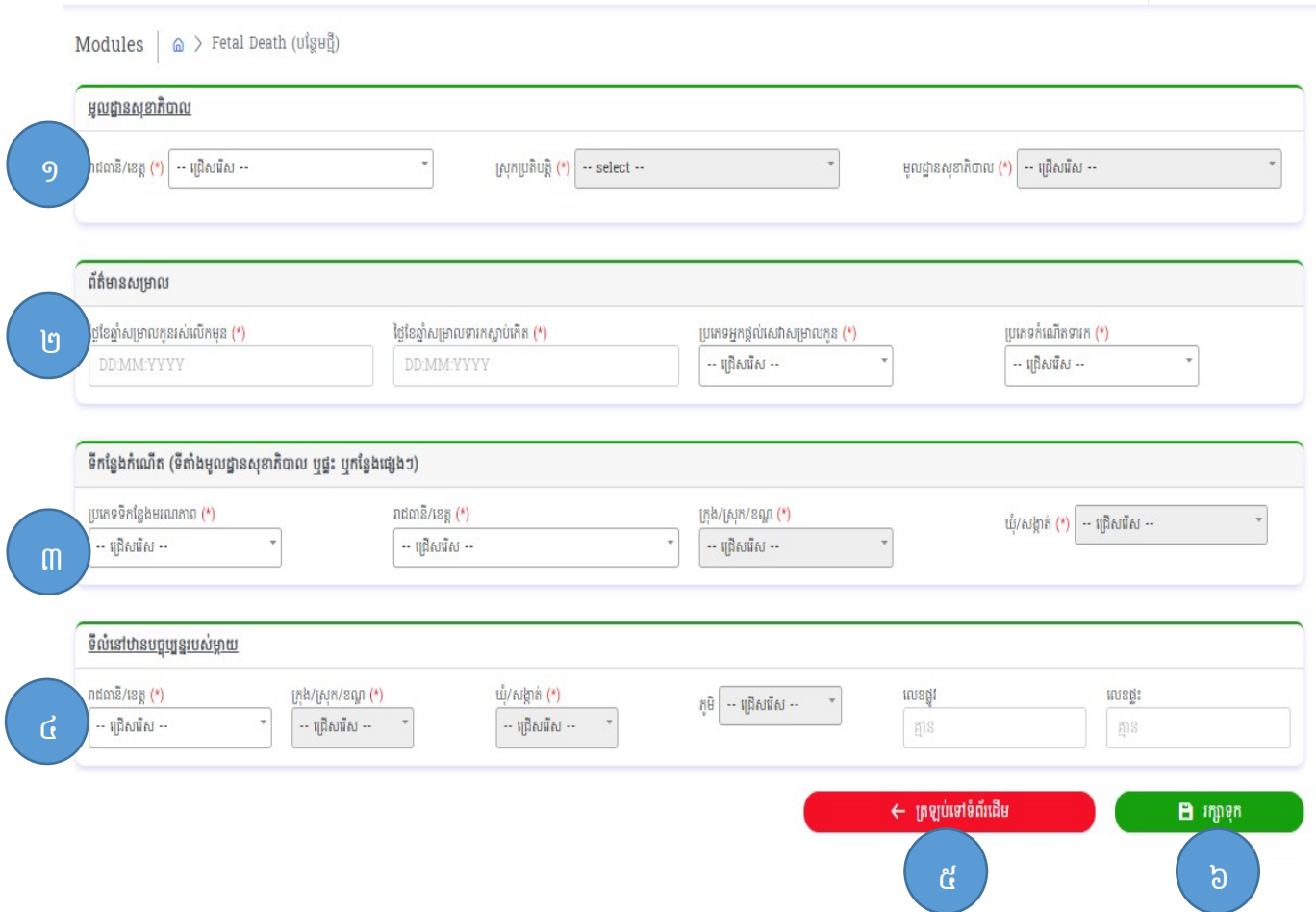
ដើម្បីបញ្ចូលទិន្នន័យរបស់ ទារកស្លាប់កើត អ្នកត្រូវចុចលើ Fetal Death (រូបភាពទី២១ លេខ២) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី២១) ៖

#### រូបភាពទី២១៖ ទំព័រដើមនៃការបញ្ចូលទិន្នន័យទារកស្លាប់កើត (Fetal Death)



បន្ទាប់មកសូមចុចលើប៉ូតុង “បន្ថែមថ្មី” (រូបភាពទី២១ លេខ៤)នោះអ្នកនឹងឃើញរូបភាពបង្ហាញដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី ២២)៖

**រូបភាពទី២២៖ ទំព័របន្ថែមថ្មីនៃការទារកស្លាប់កើត**



សូមអ្នកបំពេញទិន្នន័យទៅតាមផ្នែកនីមួយៗ (រូបភាពទី២២ លេខ១ ដល់លេខ៤)។ សម្រាប់ផ្នែកណាដែលមាន \* អ្នកត្រូវតែបំពេញដាច់ខាត មុននឹងអាចធ្វើការរក្សាទុកទិន្នន័យបាន។

1. មូលដ្ឋានសុខាភិបាល
  - រាជធានី/ខេត្ត ( \* )
  - ស្រុក/ប្រតិបត្តិ ( \* )
  - មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ( \* )
2. ព័ត៌មានសម្រាល
  - ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាលកូនរស់លើកមុន ( \* )
  - ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាលកូនស្លាប់លើកមុន ( \* )
  - ប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាលកូន ( \* )
  - ប្រភេទកំណើតទារក ( \* )
3. ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់ម្តាយ
  - រាជធានី/ខេត្ត ( \* )
  - ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ ( \* )
  - ឃុំ/សង្កាត់ ( \* )
  - ភូមិ
  - លេខផ្លូវ
  - លេខផ្ទះ

បន្ទាប់ពីអ្នកបានបំពេញរួចរាល់ហើយ សូមចុចលើប៉ូតុង “រក្សាទុក” (រូបភាពទី២២ លេខ៦) ឬ អ្នកអាចត្រឡប់ទៅទំព័រមុនបានដោយគ្រាន់តែចុចលើប៉ូតុង “ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម” (រូបភាពទី២២ លេខ៥)។

- ដើម្បីស្វែងរក តាមប្រភេទជាក់លាក់ណាមួយ អ្នកត្រូវជ្រើសរើសប្រភេទ ឧទាហរណ៍៖ អ្នកជ្រើសរើសឆ្នាំ២០២៣ (រូបភាពទី២១ លេខ១) បន្ទាប់មកចុចលើប៉ូតុង “ស្វែងរក” (រូបភាពទី២១ លេខ៣)។
- ពេលដែលអ្នកបញ្ចូលទិន្នន័យរួច ហើយចង់កែសម្រួលអ្នកត្រូវចុចលើ Icon edit (រូបភាពទី២១ លេខ៥)បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងកែសម្រួលទិន្នន័យដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី២៣)៖

### រូបភាពទី២៣៖ ទំព័រកែប្រែទិន្នន័យទារកស្លាប់កើត

Modules | [🏠](#) > Death Notification (កែប្រែ)

**មូលដ្ឋានសុខាភិបាល**

រាជធានី/ខេត្ត (\*)  ស្រុក/ប្រតិបត្តិ (\*)  មូលដ្ឋានសុខាភិបាល (\*)  ប្រភេទ

**ព័ត៌មានសម្រាល**

ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាលកូនសំណើកមុន (\*)  ថ្ងៃខែឆ្នាំសម្រាលទារកស្លាប់កើត (\*)  ប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាលកូន (\*)

**ទីកន្លែងកំណើត (ទីតាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះ ឬកន្លែងផ្សេងៗ)**

ប្រភេទទីកន្លែងអណាមាត (\*)  រាជធានី/ខេត្ត (\*)  ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ (\*)  ឃុំ/សង្កាត់ (\*)

**ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់ម្តាយ**

រាជធានី/ខេត្ត (\*)  ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ (\*)  ឃុំ/សង្កាត់ (\*)  ភូមិ  លេខផ្លូវ  លេខផ្ទះ

១
២

← ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម
B រក្សាទុក

- បន្ទាប់ពីអ្នកបានកែសម្រួលទិន្នន័យរួចហើយ សូមចុចប៉ូតុង “រក្សាទុក” (រូបភាពទី២៣ លេខ២)។
- អ្នកអាចត្រឡប់ទៅទំព័រដើមវិញដោយចុចលើ “ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម” (រូបភាពទី២៣ លេខ១)។

បន្ទាប់ពីចុចលើប៉ូតុង “រក្សាទុក” (រូបភាពទី២៣ លេខ២)រួចហើយ អ្នកត្រូវបញ្ចូលទិន្នន័យសម្រាប់ MCCD នៅផ្នែកនេះ។ សូមធ្វើដូចខាងក្រោមនេះ (រូបភាពទី២៤ លេខ១)

**រូបភាពទី២៤៖ បញ្ចូលទិន្នន័យសម្រាប់MCCD នៅក្នុងទម្រង់ “ក” “ខ” ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ**

Modules | [🏠](#) > Fetal Death

ឆ្នាំ: 2023 | ខែ: ប្រើសរសៃ -- | រាជធានី/ខេត្ត: ប្រើសរសៃ -- | ស្រុក/ក្រុង/ស្រុក: ប្រើសរសៃ -- | មូលដ្ឋានសុខាភិបាល: ប្រើសរសៃ -- | លេខបញ្ជី:

🔍 ស្វែងរក + បន្ថែមថ្មី

Excel Copy Print

បង្ហាញ: 10 ក្នុងមួយទំព័រ

| ល.រ | លេខបញ្ជី    | មូលដ្ឋានសុខាភិបាល            | ប្រភេទកំណើតទារក | ប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាលកូន | ថ្ងៃខែឆ្នាំទារកស្លាប់កើត | ស្ថានភាព |
|-----|-------------|------------------------------|-----------------|------------------------------|--------------------------|----------|
| 1   |             | មន្ទីរពេទ្យបង្អែកពោធិ៍ចិនតុង | កូនទោល          | ឈ្មួញ                        | 2023-09-01               |          |
| 2   | F0000000037 | កំបូល                        | កូនទោល          | ឈ្មួញ                        | 2023-08-27               | No Coder |

បង្ហាញ 1 ទៅ 2 នៃ 2 ទិន្នន័យ

ទំព័រមុន 1 ទំព័របន្ទាប់

បន្ទាប់មកសូមចុចលើសញ្ញា + (រូបភាពទី២៤ លេខ១) អ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាព (រូបភាពទី២៥)ដូចខាងក្រោម៖

**រូបភាពទី២៥៖ បញ្ចូលទិន្នន័យទម្រង់ “ក” ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២**

Modules | [🏠](#) > Fetal Death (បន្ថែមថ្មី)

ព័ត៌មានមរណៈ៖ លេខបញ្ជី: D000 ១ ឈ្មោះ: កូនទោល ២ ប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាលកូន: ឈ្មួញ

ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២ ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត

| ល.រ | ប្រភេទ | មូលហេតុនៃការស្លាប់   | ចន្លោះពេល(ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើមរហូតដល់ពេលស្លាប់) |
|-----|--------|----------------------|---|
| ១.  | ក      | <input type="text"/> | <input type="text"/>                          |
|     | ខ      | <input type="text"/> | <input type="text"/>                          |
|     | គ      | <input type="text"/> | <input type="text"/>                          |
|     | ឃ      | <input type="text"/> | <input type="text"/>                          |

២. លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងៗទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការស្លាប់ (ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងផ្នែកទី២ នៅក្នុងក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ)

៣ ៤

← ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម រក្សាទុក

នៅក្នុងទារកកើតស្លាប់ (Fetal Death) មានពីរទម្រង់៖ ទម្រង់ ក គឺជាទំព័រដំបូងនៅពេលអ្នកចុចបញ្ចូល ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២។ បន្ទាប់ពីអ្នកបានបំពេញទម្រង់ ក (រូបភាពទី២៥ លេខ១) រួចហើយ អ្នកអាចចុចលើ ទម្រង់ ខ (រូបភាពទី២៥ លេខ២) អ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី២៦)សម្រាប់ស្តុកចន្លោះដែលមាន \* អ្នកត្រូវបញ្ចូលដាច់ខាតមុនពេលរក្សាទុកទិន្នន័យ។

1. ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២

- a. ១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌដែលបណ្តាលស្លាប់ដោយផ្ទាល់នៅក្នុងជួរ ក
- b. រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍តាមលំដាប់ដោយ ( បើមាន )
- c. បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុបន្ទាប់បន្សំនៃការស្លាប់នៅជួរក្រោមគេបង្អស់។
- d. ចន្លោះពេល (ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើម រហូតដល់ពេលស្លាប់)
- e. ២. លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងៗទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការស្លាប់ ( ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក នៅពីក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ )

រូបភាពទី២៦៖ បញ្ចូលទិន្នន័យទម្រង់ “ខ” ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត

Modules | [🏠](#) > Fetal Death (បន្ថែមថ្មី)

ព័ត៌មានមណៈជន

លេខចេញ: D0000000038

ប្រភេទកំណើតទារក: កូនទោល

ប្រភេទម្នាក់ផ្តល់សេវាសម្រាលកូន: ធូប

📄 ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២

📄 ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត

| ល.រ | កម្រងសំណួរ   | ចម្លើយ   |
|-----|--|--|
| 1   | តើមានការវះកាត់ក្នុងរយៈពេល១៤សប្តាហ៍ចុងក្រោយដែរឬទេ?                                | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 2   | ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់                                     | DD-MM-YYYY   |
| 3   | ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការវះកាត់ (មណភាព ឬលក្ខខណ្ឌ)                       |  |
| 4   | តើមានការស្នើសុំធ្វើរោគសល្យវិជ្ជ័យដែរទេ?  | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 5   | ប្រសិនបើមាន តើរបកគំហើញនាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់នេះដែរឬទេ?          | <input type="radio"/> បាទ/ចាស <input type="radio"/> ទេ <input type="radio"/> មិនដឹង  |
| 6   | ប្រភេទនៃការស្លាប់៖ (*)   | <input type="radio"/> គំនី <input type="radio"/> ការបំពានផ្លូវកាយ <input type="radio"/> មិនអាចកំណត់បាន <input type="radio"/> ឧបទ្វីហេតុ <input type="radio"/> អន្តរាគមន៍តាមផ្លូវច្បាប់ <input type="radio"/> រង់ចាំការស៊ើបអង្កេត<br><input type="radio"/> ការធ្វើចាបខ្លួនឯងដោយចេតនា/អន្តរាគមន៍ <input type="radio"/> សង្រ្គាម <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 7   | ប្រសិនបើមានមូលហេតុខាងក្រៅ ឬជាតិពុល៖  | <input type="radio"/> មូលហេតុខាងក្រៅ <input type="radio"/> ជាតិពុល   |
| 8   | កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់   | DD-MM-YYYY   |
| 9   | សូមពណ៌នាថាតើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា (ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់អំពីសារធាតុពុល) |  |
| 10  | ទីកន្លែងកើតមូលហេតុខាងក្រៅ៖ (*)   | <input type="radio"/> នៅផ្ទះ <input type="radio"/> ទីលំនៅ ជាវិទ្យាស្ថានឬអគារ <input type="radio"/> សាលារៀន ស្ថាប័នដទៃទៀត តំបន់រដ្ឋបាលសាធារណៈ <input type="radio"/> កីឡដ្ឋាន <input type="radio"/> ផ្លូវ ឬផ្លូវជាតិ<br><input type="radio"/> តំបន់ពាណិជ្ជកម្ម និងសេវាកម្ម <input type="radio"/> តំបន់ឧស្សាហកម្ម និងតំបន់សាងសង់ <input type="radio"/> កសិដ្ឋាន <input type="radio"/> កន្លែងដទៃទៀត <input type="radio"/> មិនដឹង |
| 11  | <input type="radio"/> ទារកស្លាប់កើត <input type="radio"/> ទារកកើតស្លាប់          |  |
| 12  | មានទារកច្រើនក្នុងផ្ទៃ  | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 13  | ទារកកើតស្លាប់  | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 14  | ប្រសិនបើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់រយៈពេលដែលនៅរស់                        |  |
| 15  | ទម្ងន់ទារក(គិតជាគ្រាម)   | <input type="text"/> <span style="float: right;">[ គ្រាម ]</span>  |
| 16  | ប្រភេទមណៈជន  | <input type="radio"/> ប្រុស <input type="radio"/> ស្រី <input type="radio"/> ផ្សេងៗ  |
| 17  | អាយុគំនិតជាសប្តាហ៍   |  |

|    |  |  |
|----|--|--|
| 17 | អាយុគតិគិតជាសប្តាហ៍  | <input type="text"/>   |
| 18 | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតម្តាយ  | DD-MM-YYYY   |
| 19 | ឬ អាយុ (គិតជាឆ្នាំពេញ)   | <input type="text"/>   |
| 20 | ចំនួនទារកកើតរស់(ដល់បច្ចុប្បន្ន)  | <input type="text"/>   |
| 21 | ចំនួនទារកស្លាប់កើត(ដល់បច្ចុប្បន្ន)   | <input type="text"/>   |
| 22 | ប្រសិនបើស្លាប់ជុំវិញកំណើត សូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត | <input type="text"/>   |
| 23 | ចំពោះស្ត្រីមណសន តើមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ?  | <input type="radio"/> បាទ/ចាស <input type="radio"/> ទេ <input type="radio"/> មិនដឹង  |
| 24 | បើមាន តើដឹងថាមានផ្ទៃពោះនៅពេលណា?  | <input type="radio"/> នៅពេលស្លាប់ <input type="radio"/> <៥២ថ្ងៃមុនពេលស្លាប់ <input type="radio"/> ៥៣ថ្ងៃ-១ឆ្នាំមុនពេលស្លាប់ <input type="radio"/> មិនដឹង |
| 25 | តើការមានផ្ទៃពោះរួមចំណែកដល់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដែរឬទេ?  | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង   |



← ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម

រក្សាទុក


2. ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត

- a. តើមានការវះកាត់ក្នុងរយៈពេល១៤សប្តាហ៍ចុងក្រោយដែរឬទេ ?
- b. ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់
- c. ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការវះកាត់ (មរណភាព ឬលក្ខខណ្ឌ )
- d. តើមានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិច្ឆ័យដែរឬទេ
- e. ប្រសិនបើមាន តើបកគំហើញនានាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់នេះដែរឬទេ ?
- f. ប្រភេទនៃការស្លាប់៖ ( \* )
- g. ប្រសិនបើមានមូលហេតុខាងក្រៅ ឬជាតិពុល៖
- h. កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់
- i. សូមពណ៌នាថាតើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា ( ប្រសិនបើពុល សូមបញ្ជាក់អំពីសារធាតុពុល )
- j. ទីកន្លែងកើតមូលហេតុខាងក្រៅ៖ ( \* )
- k. ទារកស្លាប់កើត/ទារកកើតស្លាប់
- l. មានទារកច្រើនក្នុងផ្ទៃ
- m. ទារកកើតស្លាប់
- n. ប្រសិនបើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់រយៈពេលដែលនៅរស់
- o. ទម្ងន់ទារក(គិតជាក្រាម)
- p. ប្រភេទមរណជន
- q. អាយុគតិគិតជាសប្តាហ៍
- r. ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតម្តាយ
- s. ឬ អាយុ (គិតជាឆ្នាំពេញ) ( \* )
- t. ចំនួនទារកកើតរស់( ដល់បច្ចុប្បន្ន) ( \* )

- u. ចំនួនទារកស្លាប់កើត(ដល់បច្ចុប្បន្ន) ( \* )
  - v. ប្រសិនបើស្លាប់ជុំវិញកំណើត សូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត( \* )
  - w. ចំពោះស្ត្រីមរណជន តើមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ ? ( \* )
  - x. បើមាន តើដឹងថាមានផ្ទៃពោះនៅពេលណា ?
  - y. តើការមានផ្ទៃពោះរួមចំណែកដល់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដែរឬទេ ?
- បន្ទាប់ពីអ្នកបានបំពេញទិន្នន័យរួចរាល់ហើយ សូមចុចលើប៉ូតុង “រក្សាទុក” (រូបភាពទី២៦ លេខ២) ដើម្បីរក្សាទុកទិន្នន័យ ទាំងនៅក្នុងទម្រង់ ក និងទម្រង់ ខ។ អ្នកក៏អាចចុចលើប៉ូតុង “រក្សាទុក” (រូបភាពទី២៥ លេខ៤) ដើម្បីរក្សាទុកទិន្នន័យ។

សម្រាប់អ្នកចង់ត្រឡប់ឯកសារ សូមចុចលើ “Icon print” (រូបភាពទី២១ លេខ៥) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី២៧)៖

**រូបភាពទី២៧៖ ទម្រង់លិខិតជូនដំណឹងអំពីមរណភាព**



**កំបូល**  
លេខចេញ៖.....

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា**  
**ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**

**លិខិតជូនដំណឹងអំពីមរណភាព**

Rectangular Snip

លេខសម្គាល់៖ D0000000037

|   |   |  |
|---|---|--|
| <b>ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖</b><br>Health Center  | <b>ប្រភេទទីកន្លែងកំណើត៖</b><br>នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល  | <b>លេខកូដមូលដ្ឋានសុខាភិបាល(HMIS)៖</b><br><input type="text" value="1"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="3"/> |
| <b>ឈ្មោះមរណជន</b><br>នាមត្រកូល៖<br>នាមខ្លួន៖<br><i>ប្រសិនបើអ្នកស្លាប់ទើបនឹងកើត ដោយគ្មានឈ្មោះ ចូរសរសេរ "កូនរបស់ ឈ្មោះម្តាយ"</i>                      | <b>ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណៈ</b><br><input type="text" value="2"/> <input type="text" value="7"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="8"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="0"/> <input type="text" value="2"/> <input type="text" value="3"/> | <b>ម៉ោងទទួលមរណភាព(២៤ម៉ោង)៖</b><br><input type="text"/>   |
| <b>ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖</b>  | <b>អាយុ បើមិនមានថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត</b> <input type="checkbox"/>   | <b>ភេទមរណជន៖</b><br>ផ្សេងៗ   |
| <b>ប្រភេទនៃមរណភាព៖</b>  |   |  |
| <b>ទីកន្លែងមរណភាព (មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះ ឬកន្លែងផ្សេងៗ)</b><br>ឃុំ/សង្កាត់៖ សំរោងក្រោម<br>ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ ពោធិ៍សែនជ័យ<br>រាជធានី/ខេត្ត៖ ភ្នំពេញ | <b>ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់មរណជន (ឬទីលំនៅឋានរបស់ម្តាយបើមរណជនជាទារក)</b><br>ឃុំ/សង្កាត់៖ ទន្លេបាសាក់<br>ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ ចំការមន<br>រាជធានី/ខេត្ត៖ ភ្នំពេញ  |  |
| <b>លេខទូរសព្ទ ញាតិមរណជន ឬអ្នករាយការណ៍៖</b>  |   |  |

**លិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព**

| <b>ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២</b>  |   |                           |  |
|--|---|---------------------------|--|
| ១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ ឬលក្ខណៈដែលបណ្តាលស្លាប់ដោយផ្ទាល់នៅក្នុងផ្លូវ ក  |   | <b>មូលហេតុនៃការស្លាប់</b> | <b>ចន្លោះពេល</b><br>(ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើមរហូតដល់ពេលស្លាប់) |
|  | ក | Bleeding                  | 1days  |
|  | ខ |                           |  |
|  | គ |                           |  |
| បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុបន្ទាប់បន្សំនៃការស្លាប់នៅផ្លូវក្រោមគេបង្គាប់។  | ឃ |                           |  |
| ២. លក្ខណៈសំខាន់ៗផ្សេងៗទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការស្លាប់ (ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងផ្នែកក្រោម នៅពិគ្រោះយល់ក្នុងទម្រង់នីមួយៗ) |   |                           |  |

| <b>ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រទៀត</b>  |  |                        |                 |
|---|--|------------------------|-----------------|
| តើមានការវះកាត់ក្នុងរយៈពេល១៤សប្តាហ៍ចុងក្រោយដែរឬទេ? <input checked="" type="checkbox"/> គ្មាន |  |                        |                 |
| ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់  | 0 1 0 1 1 9 7 0  |                        |                 |
| ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការវះកាត់ (មរណភាព ឬលក្ខណៈ)                                   |  |                        |                 |
| តើមានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិច្ឆ័យដែរទេ? <input checked="" type="checkbox"/> គ្មាន            |  |                        |                 |
| ប្រសិនបើមាន តើរបកគំហើញនាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់នេះដែរឬទេ?                     |  |                        |                 |
| ប្រភេទនៃការស្លាប់៖ <input checked="" type="checkbox"/> ឧបទ្វរហេតុ                           |  |                        |                 |
| ប្រសិនបើមានមូលហេតុខាងក្រៅ ឬជាតិពុល៖   | កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់   |                        |                 |
| សូមពណ៌នាថាតើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា (ប្រសិនបើពុល សូមបញ្ជាក់អំពីសារធាតុពុល)            |  |                        |                 |
| ទីកន្លែងកើតមូលហេតុខាងក្រៅ៖ <input checked="" type="checkbox"/> ទីលំនៅ ជាវិទ្យាស្ថានឬអគារ    |  |                        |                 |
| <input checked="" type="checkbox"/> ទារកស្លាប់កើត <input type="checkbox"/> ទារកកើតស្លាប់    |  |                        |                 |
| មានទារកច្រើនក្នុងផ្ទៃ <input checked="" type="checkbox"/> គ្មាន                             | ទារកកើតស្លាប់ <input checked="" type="checkbox"/> គ្មាន  |                        |                 |
| ប្រសិនបើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់រយៈពេលដែលនៅរស់                                   | ទម្ងន់ទារក(គិតជាគ្រាម)   | 2500                   |                 |
| ប្រភេទមរណជន   | 1  | អាយុគត់គិតជាសប្តាហ៍    | 0 1 0 1 1 9 7 0 |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតម្តាយ   | 1998-09-01   | ឬ អាយុ (គិតជាឆ្នាំពេញ) |                 |
| ចំនួនទារកកើតរស់(ដល់បច្ចុប្បន្ន)   | 2  |                        |                 |
| ចំនួនទារកស្លាប់កើត(ដល់បច្ចុប្បន្ន)  | ប្រសិនបើស្លាប់ជុំវិញកំណើត សូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើឲ្យប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត |                        |                 |
| ចំពោះស្ត្រីមរណជន តើមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ? <input checked="" type="checkbox"/> បាទ/ចាស            |  |                        |                 |

ភ្នំពេញ, ????? 12 ?? ????? ????? 2023  
ហត្ថលេខា និងឈ្មោះគ្រូពេទ្យ

បានឃើញ និងអនុម័ត  
ប្រធាន

### ៩. ការផ្ទៀងផ្ទាត់ MCCD

សម្រាប់ការផ្ទៀងផ្ទាត់នៅក្នុង MCCD គឺសម្រាប់តែអ្នកប្រើប្រាស់ដែលមានសិទ្ធិចូលទៅកាន់ទំព័រ MCCD Verify។ បន្ទាប់ពីអ្នកចុចលើ Modules -> MCCD verify រួចនោះអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី២៨)។

#### រូបភាពទី២៨៖ ទំព័រដើម MCCD verify

ជ្រើសរើសព័ត៌មានដែលអ្នកចង់ស្វែងរក។ ជ្រើសរើសឆ្នាំ២០២៣

The screenshot shows the MCCD verify interface. On the left is a sidebar with 'Modules' expanded, showing 'MCCD General', 'Fetal Death', and 'MCCD verify'. The main area has a breadcrumb 'Modules > MCCD verify'. Below this are several filter dropdowns: 'ឆ្នាំ' (Year) set to 2023, 'ខែ' (Month) set to 'ជ្រើសរើស', 'រាជធានី/ខេត្ត' (Province/City) set to 'បន្ទាយមានជ័យ', 'ស្រុក/ប្រតិបត្តិ' (District/Operation) set to 'ជ្រើសរើស', and 'មូលដ្ឋានសុខាភិបាល' (Health Center) set to 'ជ្រើសរើស'. There are also empty fields for 'ឈ្មោះមរណៈជន' (Deceased Name) and 'លេខចេញ' (Issue No.). A search button 'ស្វែងរក' and a '២' button are present. Below the filters are 'Excel', 'Copy', and 'Print' buttons. A table shows data with columns: 'ល.រ' (No.), 'លេខចេញ' (Issue No.), 'មូលដ្ឋានសុខាភិបាល' (Health Center), 'នាមគ្រូពេទ្យ' (Doctor Name), 'នាមខ្លួន' (Name), 'ភេទ' (Gender), 'អាយុ' (Age), 'ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព' (Date of Death), 'ស្ថានភាព' (Status), and a checkbox. Two rows are visible: Row 1 with status 'Done' and Row 2 with status 'Pending'. At the bottom, there are 'បង្ហាញ 1 ទៅ 2 នៃ 2 ទិន្នន័យ' (Show 1 to 2 of 2 records) and a 'ទំព័រមុន 1' (Previous Page 1) button.

អ្នកអាចស្វែងរកទៅតាមផ្នែកនីមួយៗ (រូបភាពទី២៨ លេខ១) បន្ទាប់មកសូមចុចលើពាក្យ “ស្វែងរក” (រូបភាពទី ២៨ លេខ២) នោះអ្នកនឹងឃើញលទ្ធផលនូវខាងក្រោម។ សម្រាប់ការផ្ទៀងផ្ទាត់នៅក្នុង M CCD គឺតម្រូវឲ្យអ្នកចុចលើសញ្ញា  (រូបភាពទី២៨ លេខ៣) ដែលមានស្ថានភាពជា “Pending” បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម(រូបភាពទី២៩)៖

**រូបភាពទី២៩៖** ទំព័រ M CCD verify ក្នុងទម្រង់ ក

Modules | [🏠](#) > M CCD verify

ព័ត៌មានមរណៈជន

លេខចេញ: D0000000001      ឈ្មោះមរណៈជន:       ភេទ: ប្រុស      អាយុ: 43

១

ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២

ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត

FUCOD

|  | មូលហេតុនៃការស្លាប់                     | ចន្លោះពេល(ចាប់ពីពេលចាប់ផ្តើមរហូតដល់ពេលស្លាប់) | Coder                     |
|--|--|---|---------------------------|
| ១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ<br>ឬលក្ខខណ្ឌដែលបណ្តាលស្លាប់ដោយផ្ទាល់នៅក្នុងផ្ទះ ក  | ក <input type="text" value="Malaria"/> | 3 days  | A00. <input type="text"/> |
| រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុការណ៍តាមលំដាប់ដោយ (បើមាន)   | ខ <input type="text"/>                 | <input type="text"/>                          | <input type="text"/>      |
| បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុបន្ទាប់បន្សំនៃការស្លាប់នៅក្នុងគ្រោងគេបង្អស់។   | គ <input type="text"/>                 | <input type="text"/>                          | <input type="text"/>      |
|  | ឃ <input type="text"/>                 | <input type="text"/>                          | <input type="text"/>      |
| ២. លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងៗទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការស្លាប់ (ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចកនៅពីក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ) | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                          | <input type="text"/>      |
|  | <input type="text"/>                   | <input type="text"/>                          | <input type="text"/>      |

← ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម
✔ យល់ព្រម

អ្នកអាចពិនិត្យទិន្នន័យក្នុង “ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២” បន្ទាប់មកអ្នកអាចធ្វើការចុចលើ “ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត” (រូបភាពទី២៩ លេខ១) នោះអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៣០)

រូបភាពទី៣០៖ ទំព័រ MCCD verify ក្នុងទម្រង់ ខ



ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និងផ្នែកទី២

ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រដទៃទៀត

FUCOD

| ល.រ | កម្រងសំណួរ   | ចម្លើយ  |
|-----|--|---|
| 1   | តើមានការវះកាត់ក្នុងរយៈពេល១៤សប្តាហ៍ចុងក្រោយដែរឬទេ?  | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង  |
| 2   | ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់   | DD-MM-YYYY  |
| 3   | ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការវះកាត់ (មរណភាព ឬលក្ខខណ្ឌ)  |   |
| 4   | តើមានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិធីយដែរទេ?   | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង  |
| 5   | ប្រសិនបើមាន តើបកគំហើញនានាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់នេះដែរឬទេ?                                 | <input type="radio"/> បាទ/ចាស <input type="radio"/> ទេ <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 6   | ប្រភេទនៃការស្លាប់៖ (*)   | <input checked="" type="radio"/> ជំងឺ <input type="radio"/> កាប់ពានផ្លូវកាយ <input type="radio"/> មិនអាចកំណត់បាន <input type="radio"/> ឧបទ្វ័រហេតុ<br><input type="radio"/> អន្តរាគមន៍តាមផ្លូវច្បាប់ <input type="radio"/> រង់ចាំការស៊ើបអង្កេត<br><input type="radio"/> ការធ្វើបាបខ្លួនឯងដោយចេតនា/អត្តឃាត <input type="radio"/> សង្រ្គាម <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 7   | ប្រសិនបើមានមូលហេតុខាងក្រៅ ឬជាតិពុល៖  | <input type="radio"/> មូលហេតុខាងក្រៅ <input type="radio"/> ជាតិពុល  |
| 8   | កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់   | DD-MM-YYYY  |
| 9   | សូមពណ៌នាថាតើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា (ប្រសិនបើមានសូមបញ្ជាក់អំពីសារធាតុពុល)                          |   |
| 10  | ទីកន្លែងកើតមូលហេតុខាងក្រៅ៖ (*)   | <input checked="" type="radio"/> នៅផ្ទះ <input type="radio"/> ទីលំនៅ ជាវិទ្យាស្ថានឬអគារ<br><input type="radio"/> សាលារៀន ស្ថាប័នដទៃទៀត តំបន់រដ្ឋបាលសាធារណៈ <input type="radio"/> កីឡដ្ឋាន <input type="radio"/> ផ្លូវ ឬផ្លូវជាតិ<br><input type="radio"/> តំបន់ពាណិជ្ជកម្ម និងសេវាកម្ម <input type="radio"/> តំបន់ឧស្សាហកម្ម និងតំបន់សាងសង់ <input type="radio"/> កសិដ្ឋាន<br><input type="radio"/> កន្លែងដទៃទៀត <input type="radio"/> មិនដឹង |
| 11  | <input type="radio"/> ទារកស្លាប់កើត <input type="radio"/> ទារកកើតស្លាប់                                  |   |
| 12  | មានទារកច្រើនក្នុងផ្ទៃ  | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង  |
| 13  | ទារកកើតស្លាប់  | <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង  |
| 14  | ប្រសិនបើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់រយៈពេលដែលនៅរស់  |   |
| 15  | ទម្ងន់ទារក(គិតជាក្រាម)   | <input type="text"/> <span>ក្រាម</span>   |
| 16  | ប្រភេទមរណជន  | <input type="radio"/> ប្រុស <input type="radio"/> ស្រី <input type="radio"/> ផ្សេងៗ   |
| 17  | អាយុភគីតជាសប្តាហ៍  |   |
| 18  | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតម្តាយ  | DD-MM-YYYY  |
| 19  | ឬ អាយុ (គិតជាឆ្នាំពេញ)   |   |
| 20  | ចំនួនទារកកើតរស់(ដល់បច្ចុប្បន្ន)  |   |
| 21  | ចំនួនទារកស្លាប់កើត(ដល់បច្ចុប្បន្ន)   |   |
| 22  | ប្រសិនបើស្លាប់ជុំវិញកំណើត សូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើឱ្យប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត |   |
| 23  | ចំពោះស្ត្រីមរណជន តើមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ?   | <input type="radio"/> បាទ/ចាស <input type="radio"/> ទេ <input type="radio"/> មិនដឹង   |
| 24  | បើមាន តើដឹងថាមានផ្ទៃពោះនៅពេលណា?  | <input type="radio"/> នៅពេលស្លាប់ <input type="radio"/> <៤២ថ្ងៃមុនពេលស្លាប់ <input type="radio"/> ៤៣ថ្ងៃ-១ឆ្នាំមុនពេលស្លាប់ <input type="radio"/> មិនដឹង  |

← ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម

យល់ព្រម

បន្ទាប់មកអ្នកត្រូវធ្វើផ្ទាំងផ្ទាត់នូវទិន្នន័យទាំងអស់ក្នុង “ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រជំងឺទៀត” មុននឹងឈានទៅដល់ការបញ្ជាក់ចុងក្រោយនៃ FUCOD។ បន្ទាប់ពីពិនិត្យទិន្នន័យរួចហើយសូមចុចលើ FUCOD (រូបភាពទី៣០ លេខ១) នោះអ្នកនឹងឃើញនូវផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៣១) ៖

**រូបភាពទី៣១៖ ទំព័រ MCCD verify (FUCOD)**

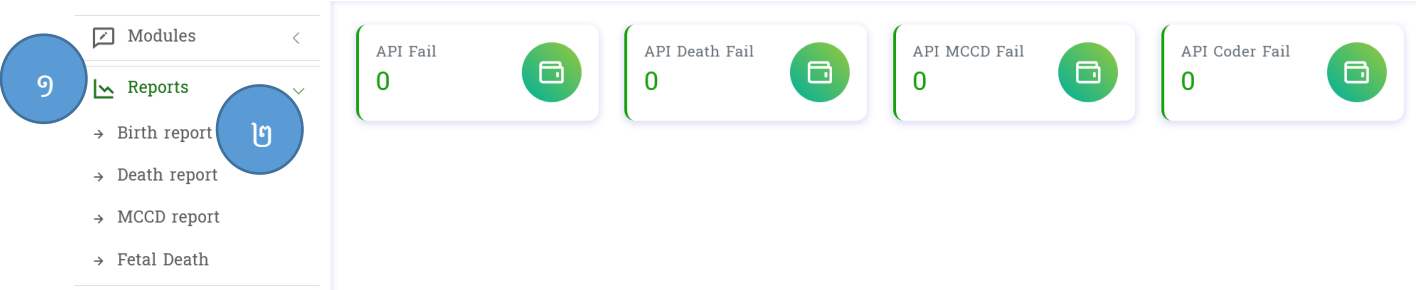


នេះជាទំព័រចុះក្រោយសម្រាប់ការបញ្ជាក់ FUCOD អ្នកអាចផ្លាស់ប្តូរនូវ ICD10-FUCOD ដោយគ្រាន់តែចុចលើ (រូបភាពទី ៣១ លេខ១) រួចជ្រើសរើសជំងឺតាម ICD10 ជាការស្រេច បន្ទាប់មកសូមចុចលើពាក្យ “យល់ព្រម” (រូបភាពទី៣១ លេខ៣) ដើម្បីបញ្ជាក់ទៅលើ MCCD មួយនោះ។ ប្រសិនបើអ្នកចង់ត្រឡប់ទៅទំព័រដើមវិញសូមចុចលើប៉ូតុង “ត្រឡប់ទៅទំព័រដើម” (រូបភាពទី៣១ លេខ២) ។

**IV. របាយការណ៍**

**១. របាយការណ៍កំណើតរស់ (Birth report)**

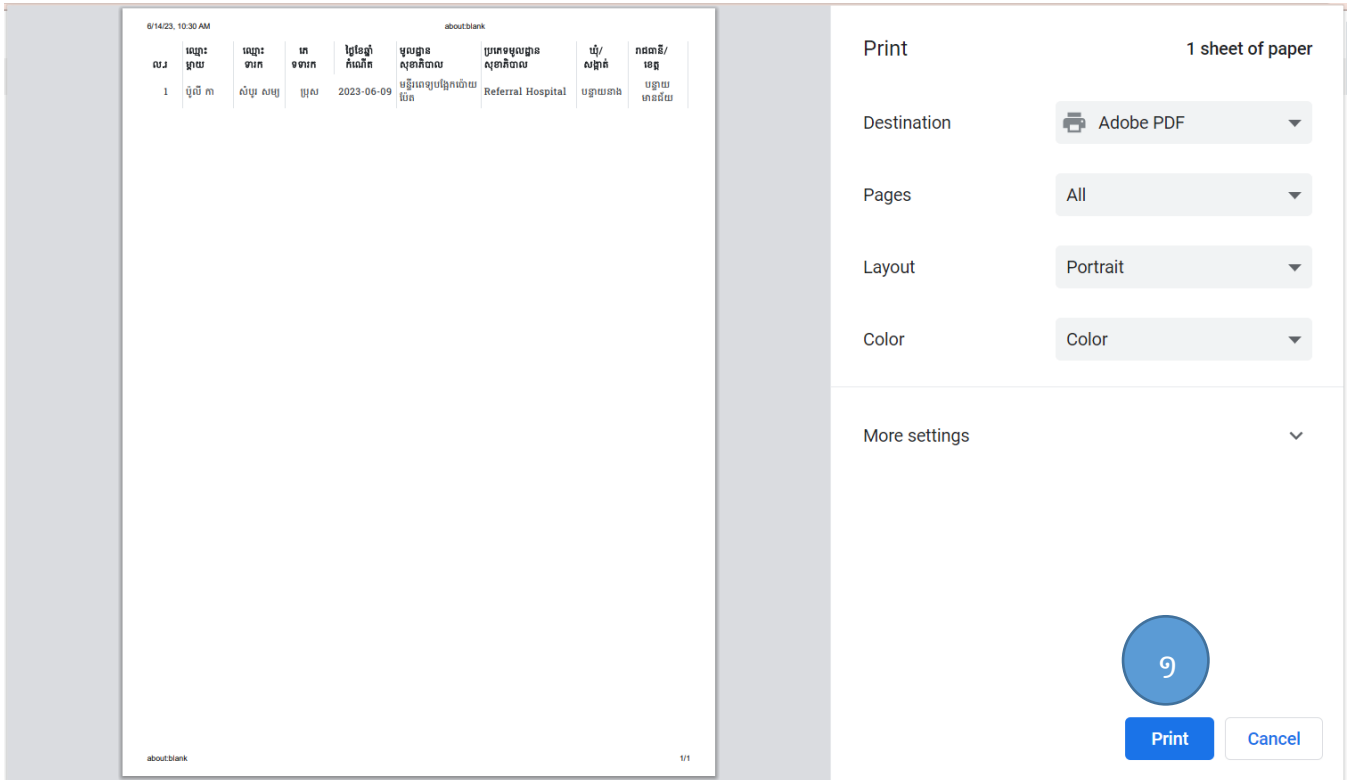
**រូបភាពទី៣២៖ ទំព័រដើមទាក់ទងនឹងរបាយការណ៍**



ដើម្បីចូលទៅកាន់ទំព័ររបាយការណ៍កំណើតរស់ តម្រូវឲ្យអ្នកចុចលើ Report (រូបភាពទី៣២ លេខ១) បន្ទាប់មកត្រូវចុចលើ Birth report (រូបភាពទី៣២ លេខ២) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៣៣) ៖



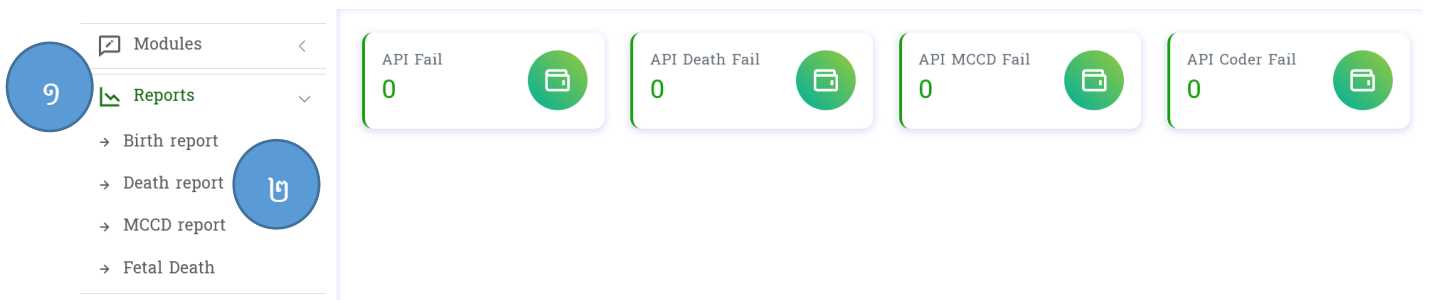
### រូបភាពទី៣៥៖ ទំព័រព្រឹត្តិការណ៍របាយការណ៍កំណើតរស់



បន្ទាប់មកអ្នកអាចធ្វើការជ្រើសរើសព្រឹត្តិការណ៍ដែលអ្នកចង់ព្រឹត្តិ រួចធ្វើការចុចលើពាក្យ "Print" (រូបភាពទី៣៥ លេខ១)។

### ២. របាយការណ៍មរណភាព (Death report)

#### រូបភាពទី៣៦៖ ទំព័រដើមទាក់ទងនឹងរបាយការណ៍



ដើម្បីចូលទៅកាន់ទំព័ររបាយការណ៍មរណភាព តម្រូវឲ្យអ្នកចុចលើ Report (រូបភាពទី៣៦ លេខ១) បន្ទាប់មកត្រូវចុចលើ Death report (រូបភាពទី៣៦ លេខ២) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៣៧)៖

### រូបភាពទី៣៧៖ ទំព័រដើមរបាយការណ៍មរណភាព

Reports | [Home](#) > Death report

ឆ្នាំ: 2020 ខែ: -- រាជធានី/ខេត្ត: -- ជ្រើសរើស -- ស្រុក/ប្រតិបត្តិ: -- ជ្រើសរើស -- មូលដ្ឋានសុខាភិបាល: -- ជ្រើសរើស -- ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល: -- ជ្រើសរើស -- ស្វែងរក ១

២ Excel ៣ Copy ៤ Print

បង្ហាញ 10 ក្នុងមួយទំព័រ

| ល.រ | ឈ្មោះមរណៈជន | ភេទមរណជន | អាយុ | ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព | មូលដ្ឋានសុខាភិបាល        | ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល | ឃុំ/សង្កាត់ | រាជធានី/ខេត្ត |
|-----|-------------|----------|------|-------------------|--------------------------|-------------------------|-------------|---------------|
| 1   | កុង ហុង     | ស្រី     | 18   | 2023-06-13        | មន្ទីរពេទ្យបង្អែកចោយប៉ែត | Referral Hospital       | បន្ទាយនាង   | បន្ទាយមានជ័យ  |

បង្ហាញ 1 ទៅ 1 នៃ 1 ទិន្នន័យ

ទំព័រមុន 1 ទំព័របន្ទាប់

បន្ទាប់ពីឃើញផ្ទាំងរបាយការណ៍រួច អ្នកអាចស្វែងរកទៅតាមប្រភេទនីមួយៗ (ឧ. អ្នកជ្រើសរើសឆ្នាំ២០២៣) បន្ទាប់មកសូមចុចលើពាក្យ “ស្វែងរក” (រូបភាពទី៣៧ លេខ១)។

- ដើម្បីទាញយករបាយការណ៍អ្នកតម្រូវឲ្យចុចលើពាក្យ “Excel” (រូបភាពទី៣៧ លេខ២) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងផ្ទាំងស្រដៀងដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៣៨) ក្នុងករណីអ្នកប្រើប្រាស់ Browser Google Chrome។

### រូបភាពទី៣៨៖ ទំព័រដើមរបាយការណ៍មរណភាព ភ្ជាប់ជាមួយ File ដោនឡូត

Modules < Reports <

Reports | [Home](#) > Death report

ឆ្នាំ: 2020 ខែ: -- រាជធានី/ខេត្ត: -- ជ្រើសរើស -- ស្រុក/ប្រតិបត្តិ: -- ជ្រើសរើស -- មូលដ្ឋានសុខាភិបាល: -- ជ្រើសរើស -- ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល: -- ជ្រើសរើស -- ស្វែងរក

Excel Copy Print

បង្ហាញ 10 ក្នុងមួយទំព័រ

| ល.រ | ឈ្មោះមរណៈជន | ភេទមរណជន | អាយុ | ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព | មូលដ្ឋានសុខាភិបាល        | ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល | ឃុំ/សង្កាត់ | រាជធានី/ខេត្ត |
|-----|-------------|----------|------|-------------------|--------------------------|-------------------------|-------------|---------------|
| 1   | កុង ហុង     | ស្រី     | 18   | 2023-06-13        | មន្ទីរពេទ្យបង្អែកចោយប៉ែត | Referral Hospital       | បន្ទាយនាង   | បន្ទាយមានជ័យ  |

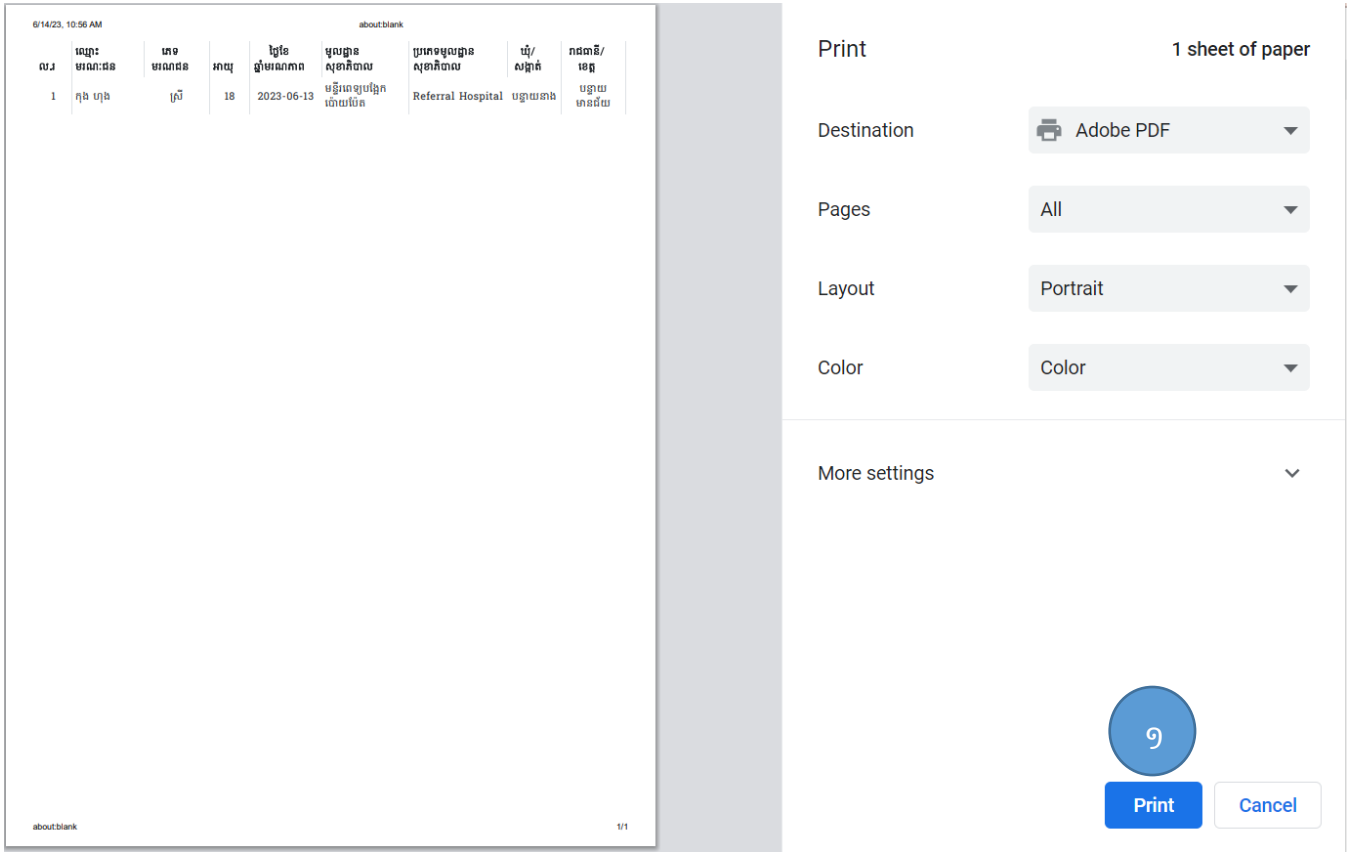
បង្ហាញ 1 ទៅ 1 នៃ 1 ទិន្នន័យ

ទំព័រមុន 1 ទំព័របន្ទាប់

download.xlsx Show all

- ក្នុងករណីអ្នកចង់ Copy ទិន្នន័យសូមចុចលើពាក្យ “Copy” (រូបភាពទី៣៧ លេខ៣) រួចអ្នកអាចយកទៅ Past ក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗបានដូចជាក្នុងកម្មវិធី Excel។
- ក្នុងករណីអ្នកចង់ Print សូមចុចលើពាក្យ “Print” (រូបភាពទី៣៧ លេខ៤) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៣៨)

### រូបភាពទី៣៨៖ ទំព័រព្រីនរបាយការណ៍មរណភាព

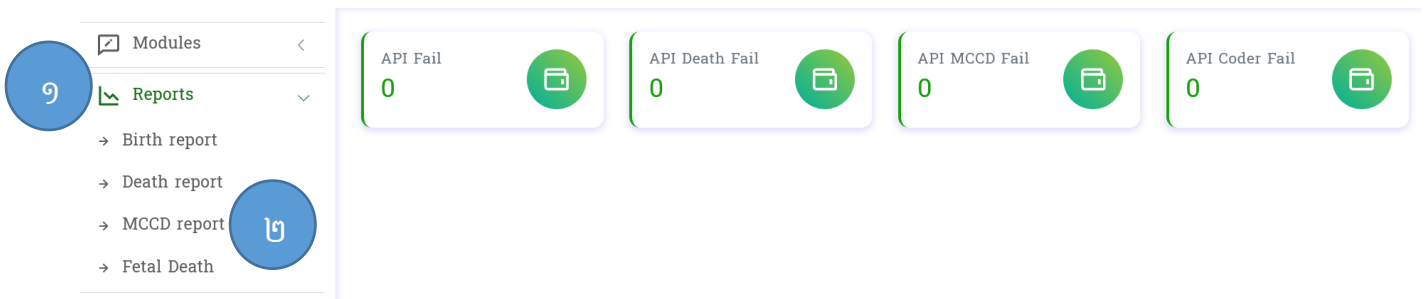


បន្ទាប់មកអ្នកអាចធ្វើការជ្រើសរើសព្រីនឯកសារដែលអ្នកចង់ព្រីន រួចធ្វើការចុចលើពាក្យ "Print" (រូបភាពទី៣៨ លេខ១)។

### ៣. របាយការណ៍ MCCD (MCCD report)

បន្ទាប់ពីអ្នកធ្វើការចូលក្នុងប្រព័ន្ធរួចហើយសូមចុចលើ Reports (រូបភាពទី៣៩ លេខ១) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៣៩)។

### រូបភាពទី៣៩៖ ទំព័រដើមទាក់ទងនឹងរបាយការណ៍



ដើម្បីចូលទៅកាន់ទំព័ររបាយការណ៍ MCCD តម្រូវឲ្យអ្នកចុចលើ Report (រូបភាពទី៣៩ លេខ១) បន្ទាប់មកត្រូវចុចលើ MCCD report (រូបភាពទី៣៩ លេខ២) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៤០)៖

### រូបភាពទី៤០៖ ទំព័រដើមរបាយការណ៍ MCCD

Reports | > Death report

បង្ហាញ 10 ក្នុងមួយទំព័រ

| ល.រ | ឈ្មោះមរណៈជន | ភេទមរណជន | អាយុ | ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព | មូលដ្ឋានសុខាភិបាល         | ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល | ឃុំ/សង្កាត់ | រាជធានី/ខេត្ត |
|-----|-------------|----------|------|-------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|---------------|
| 1   | កុង ហុង     | ស្រី     | 18   | 2023-06-13        | មន្ទីរពេទ្យបង្អែកប៉ោយប៉ែត | Referral Hospital       | បន្ទាយនាង   | បន្ទាយមានជ័យ  |

បង្ហាញ 1 ទៅ 1 នៃ 1 ទិន្នន័យ

ទំព័រមុន 1 ទំព័របន្ទាប់

បន្ទាប់ពីឃើញផ្ទាំងរបាយការណ៍រួច អ្នកអាចស្វែងរកទៅតាមប្រភេទនីមួយៗ (ឧ. អ្នកជ្រើសរើសឆ្នាំ២០២៣) បន្ទាប់មកសូមចុចលើពាក្យ “ស្វែងរក” (រូបភាពទី៤០ លេខ១)។

- ដើម្បីទាញយករបាយការណ៍អ្នកតម្រូវឲ្យចុចលើពាក្យ “Excel” (រូបភាពទី៤០ លេខ២) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងផ្ទាំងរូបភាពស្រដៀងដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៣៤១) ក្នុងករណីអ្នកប្រើប្រាស់ Browser Google Chrome។

**រូបភាពទី៤១៖ ទំព័រដើមរបាយការណ៍ MCCD ភ្ជាប់ជាមួយ File ដោនឡូត**

The screenshot shows the MCCD report interface with a download file bar at the bottom. The download bar contains a file named "download.xlsx" which is circled in blue. The interface includes filters for year, month, province, district, and hospital type, along with buttons for Excel, Copy, and Print. The table below shows report details for a patient named "Kun Hong".

| ល.រ | ឈ្មោះមរណៈជន | ភេទមរណជន | អាយុ | ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព | មូលដ្ឋានសុខាភិបាល         | ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល | ឃុំ/សង្កាត់ | រាជធានី/ខេត្ត | Completeness of MCCD | ICD-10 code | COD for the corresponding FUCOD | Code Validate |
|-----|-------------|----------|------|-------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|---------------|----------------------|-------------|---------------------------------|---------------|
| 1   | កុង ហុង     | ស្រី     | 18   | 2023-06-13        | មន្ទីរពេទ្យបង្អែកប៉ោយប៉ែត | Referral Hospital       | បន្ទាយនាង   | បន្ទាយមានជ័យ  | Not Complete         |             |                                 | Pending       |

បង្ហាញ 1 ទៅ 1 នៃ 1 ទិន្នន័យ

ទំព័រមុន 1 ទំព័របន្ទាប់

- ក្នុងករណីអ្នកចង់ Copy ទិន្នន័យសូមចុចលើពាក្យ “Copy” (រូបភាពទី៤០ លេខ៣) រួចអ្នកអាចយកទៅ Past ក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗបានដូចជាក្នុងកម្មវិធី Excel។
- ក្នុងករណីអ្នកចង់ Print សូមចុចលើពាក្យ “Print” (រូបភាពទី៤០ លេខ៤) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៤២)



### រូបភាពទី៤៤៖ ទំព័រដើមរបាយការណ៍ Fetal Death

Reports | [🏠](#) > Fetal Death

ឆ្នាំ: 20: ▾ ខែ: -- ▾ រាជធានី/ខេត្ត: -- ជ្រើសរើស -- ▾ ស្រុកប្រតិបត្តិ: -- ជ្រើសរើស -- ▾ មូលដ្ឋានសុខាភិបាល: -- ជ្រើសរើស -- ▾ ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល: -- ជ្រើសរើស -- ▾ 🔍 ស្វែងរក ១

២
៤
៣

Excel Copy Print

បង្ហាញ 10 ក្នុងមួយទំព័រ

| ល.រ | ឈ្មោះមរណៈជន | ភេទមរណជន | អាយុ | ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព | មូលដ្ឋានសុខាភិបាល         | ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល | ឃុំ/សង្កាត់ | រាជធានី/ខេត្ត | Completeness of Fetal Death | ICD-10 code | COD for the corresponding FUCOD | Code Validate |
|-----|-------------|----------|------|-------------------|---------------------------|-------------------------|-------------|---------------|-----------------------------|-------------|---------------------------------|---------------|
| 1   |             | ផ្សេងៗ   | N/A  | 2023-06-06        | មន្ទីរពេទ្យបង្អែកប៉ោយប៉ែត | Referral Hospital       | បន្ទាយនាង   | បន្ទាយមានជ័យ  | Not Complete                |             |                                 | Pending       |

បង្ហាញ 1 ទៅ 1 នៃ 1 ទិន្នន័យ

ទំព័រមុន 1 ទំព័របន្ទាប់

បន្ទាប់ពីឃើញផ្ទាំងរបាយការណ៍រួច អ្នកអាចស្វែងរកទៅតាមប្រភេទនីមួយៗ (ឧ. អ្នកជ្រើសរើសឆ្នាំ២០២៣) បន្ទាប់មកសូមចុចលើពាក្យ “ស្វែងរក” (រូបភាពទី៤៤ លេខ១)។

- ដើម្បីទាញយករបាយការណ៍អ្នកតម្រូវឲ្យចុចលើពាក្យ “Excel” (រូបភាពទី៤៤ លេខ២) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងផ្ទាំងរូបភាពស្រដៀងដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៤៥) ក្នុងករណីអ្នកប្រើប្រាស់ Browser Google Chrome។

### រូបភាពទី៤៥៖ ទំព័រដើមរបាយការណ៍ Fetal Death ភ្ជាប់ជាមួយ File ដោនឡូត

The screenshot shows the same report interface as above, but with a file download bar at the bottom. The bar contains a file named "download.xlsx" with a download icon and a "Show all" button on the right.

- ក្នុងករណីអ្នកចង់ Copy ទិន្នន័យសូមចុចលើពាក្យ “Copy” (រូបភាពទី៤៤ លេខ៣) រួចអ្នកអាចយកទៅ Past ក្នុងទម្រង់ផ្សេងៗបានដូចជាក្នុងកម្មវិធី Excel។
- ក្នុងករណីអ្នកចង់ Print សូមចុចលើពាក្យ “Print” (រូបភាពទី៤៤ លេខ៤) បន្ទាប់មកអ្នកនឹងឃើញផ្ទាំងរូបភាពដូចខាងក្រោម (រូបភាពទី៤៦)

### រូបភាពទី៤៦៖ ទំព័រត្រីនរបាយការណ៍ Fetal Death

The screenshot displays a web application interface. On the left, there is a table with the following data:

| ល.រ | ឈ្មោះ   | ភេទ | ថ្ងៃខែឆ្នាំ | កន្លែងកំណើត | ប្រភេទបញ្ជូន      | ឈ្មោះប្រគល់ | ស្ថានភាព | កម្រិត/ធាតុ | Completeness of Fetal Death | ICD-10 code | COD for the corresponding FUCOD | Code Validate |
|-----|---------|-----|-------------|-------------|-------------------|-------------|----------|-------------|-----------------------------|-------------|---------------------------------|---------------|
| 1   | សៀម ឈុន | N/A | 2023-06-06  | ក្រុងសៀមរាប | Referral Hospital | ប្រគល់      | ស្ថានភាព | មិនទាន់     | Not Complete                |             |                                 | Pending       |

On the right side, there is a print dialog box with the following settings:

- Print: 1 sheet of paper
- Destination: Adobe PDF
- Pages: All
- Layout: Portrait
- Color: Color
- More settings: (dropdown arrow)

At the bottom right of the print dialog, there is a circular icon with the number '9' and two buttons: 'Print' and 'Cancel'.

បន្ទាប់មកអ្នកអាចធ្វើការជ្រើសរើសត្រីនធាតុដែលអ្នកចង់ត្រីន រួចធ្វើការចុចលើពាក្យ "Print" (រូបភាពទី៤៦ លេខ១)។

# បញ្ជីឧបសម្ព័ន្ធ

## ឧបសម្ព័ន្ធទី១ - ទម្រង់លិខិតជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់

ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ



(ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល)

លិខិតជូនដំណឹងអំពីកំណើតរស់

លេខសម្គាល់:.....

លេខចេញ:

|   |  |  |  |  |  |
|---|--|--|--|--|--|
| ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល:  |  | ប្រភេទទីកន្លែងកំណើត:   |  | លេខកូដមូលដ្ឋានសុខាភិបាល:   |  |
|   |  | <input type="checkbox"/> នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ<br><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់.....  |  | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> |  |
| ឈ្មោះទារក: នាមត្រកូល ..... នាមខ្លួន ..... <input type="checkbox"/> មិនទាន់មានឈ្មោះ: |  |  |  |  |  |
| ភេទទារក:  | ទម្ងន់ទារកកើត<br>(ជា ក្រាម):   | ប្រភេទកំណើតទារក  | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត:  | ម៉ោងកើត (២៤ម៉ោង):  |  |
| <input type="checkbox"/> ប្រុស<br><input type="checkbox"/> ស្រី                     | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/> | <input type="checkbox"/> កូនទោល <input type="checkbox"/> ភ្លោះពីរ<br><input type="checkbox"/> ភ្លោះបី <input type="checkbox"/> ភ្លោះបួន<br><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់..... | <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                     | <input type="text"/><br><input type="text"/> : <input type="text"/><br><input type="text"/><br><input type="text"/>                          |  |
| ទីកន្លែងកំណើត (ទីតាំងមូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬ ផ្ទះ ឬ កន្លែងផ្សេងៗ):                      |  |  | ប្រភេទអ្នកផ្តល់សេវាសម្រាលកូន:  |  |  |
| ឃុំ/សង្កាត់ ..... ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ .....<br>រាជធានី-ខេត្ត.....                      |  |  | <input type="checkbox"/> វេជ្ជបណ្ឌិតវះកាត់ <input type="checkbox"/> វេជ្ជបណ្ឌិត<br><input type="checkbox"/> ឆ្មប <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់..... |  |  |
| <b>ព័ត៌មានឪពុកម្តាយ</b>   |  |  |  |  |  |
| ឈ្មោះម្តាយ:   |  | ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់ម្តាយ:   |  | ចំនួនទារកកើតរស់  |  |
| នាមត្រកូល .....<br>នាមខ្លួន.....<br>លេខទូរស័ព្ទម្តាយ .....                          |  | ឃុំ/សង្កាត់ .....<br>ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ .....<br>រាជធានី/ខេត្ត.....  |  | (មកដល់បច្ចុប្បន្ន):<br><input type="text"/><br><input type="text"/>  |  |
| ឈ្មោះឪពុក:  |  |  |  |  |  |
| នាមត្រកូល ..... នាមខ្លួន.....<br>លេខទូរស័ព្ទឪពុក .....                              |  |  |  |  |  |

ថ្ងៃ..... ខែ..... ឆ្នាំ..... បញ្ជាក់ ពស. ២៥.....  
 ..... ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ២០២.....  
 ហត្ថលេខាត្រូវពេទ្យ

បានឃើញ និងឯកភាព  
ប្រធានមូលដ្ឋានសុខាភិបាល  
ហត្ថលេខា

**ឧបសម្ព័ន្ធទី២ - ទម្រង់លិខិតជូនដំណឹងពីមរណភាព**

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**



(ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល)

**លិខិតជូនដំណឹងពីមរណភាព**

លេខចេញ៖

លេខសម្គាល់៖ .....

|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|--|--|---|---|---|---|---|
| ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖   |   | ប្រភេទទីកន្លែងមរណភាព៖<br><input type="checkbox"/> នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ<br><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់ .....   |   | លេខកូដមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖<br><table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> <td style="width: 15px;"> </td> </tr> </table> |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |
|  |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |
| ឈ្មោះមរណជន *៖<br>នាមត្រកូល៖<br>នាមខ្លួន៖<br>*ប្រសិនបើអ្នកស្លាប់ទើបនឹងកើត ដោយគ្មានឈ្មោះ ចូរសរសេរ "កូនរបស់ <ឈ្មោះម្តាយ>"   |   | ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព៖<br><table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px;">D</td> <td style="width: 15px;">D</td> <td style="width: 15px;">M</td> <td style="width: 15px;">M</td> <td style="width: 15px;">Y</td> <td style="width: 15px;">Y</td> <td style="width: 15px;">Y</td> <td style="width: 15px;">Y</td> </tr> </table> |   | D   | D | M | M | Y | Y | Y   | Y | ម៉ោងទទួលមរណភាព(២៤ម៉ោង)៖<br><table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px;">H</td> <td style="width: 15px;">H</td> <td style="width: 15px;">:</td> <td style="width: 15px;">M</td> <td style="width: 15px;">M</td> </tr> </table> |  | H | H | : | M | M |
| D  | D | M   | M | Y   | Y | Y | Y |   |   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |
| H  | H | :   | M | M   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖<br><table border="1" style="width: 100px; height: 20px; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15px;">D</td> <td style="width: 15px;">D</td> <td style="width: 15px;">M</td> <td style="width: 15px;">M</td> <td style="width: 15px;">Y</td> <td style="width: 15px;">Y</td> <td style="width: 15px;">Y</td> <td style="width: 15px;">Y</td> </tr> </table> |   | D   | D | M   | M | Y | Y | Y | Y | អាយុ បើមិនមានថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>ឬតិចជាង ២៤ ម៉ោង៖ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> នាទី |   | ភេទមរណជន៖<br><input type="checkbox"/> ប្រុស<br><input type="checkbox"/> ស្រី   |  |   |   |   |   |   |
| D  | D | M   | M | Y   | Y | Y | Y |   |   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |
| ទីកន្លែងមរណភាព(មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះ ឬកន្លែងផ្សេងៗ)៖<br>ឃុំ/សង្កាត់៖ ..... ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ .....<br>រាជធានី-ខេត្ត៖ .....   |   | ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់មរណជន (ឬទីលំនៅឋានរបស់ម្តាយបើមរណជនជាទារក)៖<br>ឃុំ/សង្កាត់៖ ..... ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ ..... រាជធានី-ខេត្ត៖ .....  |   | លេខទូរសព្ទ ញាតិមរណជន ឬ អ្នករាយការណ៍ ៖ .....   |   |   |   |   |   |   |   |  |  |   |   |   |   |   |

ថ្ងៃ..... ខែ..... ឆ្នាំ..... បញ្ចប់កំ ពស. ២៥.....  
..... ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ២០២.....  
ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យ

**បានឃើញ និងឯកភាព**  
ប្រធានមូលដ្ឋានសុខាភិបាល  
ហត្ថលេខា

ឧបសម្ព័ន្ធទី៣ - ទម្រង់ MCCC



ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ឈ្មោះមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖

លិខិតជូនដំណឹងពីមរណភាព

លេខចេញ៖ .....

លេខសម្គាល់៖ .....

|   |   |  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
|---|---|--|---|--|---|---|---|---|---|---|---|---|--|---|---|---|---|---|
| ប្រភេទមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖  |   | ប្រភេទទីកន្លែងមរណភាព៖<br><input type="checkbox"/> នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាល <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ<br><input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់ .....                                      |   | លេខកូដមូលដ្ឋានសុខាភិបាល៖<br><input type="text"/> |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| ឈ្មោះមរណជន *៖<br>នាមត្រកូល៖<br>នាមខ្លួន៖<br>*ប្រសិនបើអ្នកស្លាប់ទើបនឹងកើត ដោយគ្មានឈ្មោះ ចូរសរសេរ "កូនរបស់<br><ឈ្មោះម្តាយ>"   |   | ថ្ងៃខែឆ្នាំមរណភាព៖<br><table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr> </table> |   | D  | D | M | M | Y | Y | Y   | Y | ម៉ោងទទួលមរណភាព(២៤ម៉ោង)៖<br><table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr><td>H</td><td>H</td><td>:</td><td>M</td><td>M</td></tr> </table> |  | H | H | : | M | M |
| D   | D | M  | M | Y  | Y | Y | Y |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| H   | H | :  | M | M  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖<br><table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr> </table> |   | D  | D | M  | M | Y | Y | Y | Y | អាយុ បើមិនមានថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត៖ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/><br>ឬតិចជាង ២៤ ម៉ោង៖ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ម៉ោង <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> នាទី |   | ភេទមរណជន៖<br><input type="checkbox"/> ប្រុស<br><input type="checkbox"/> ស្រី  |  |   |   |   |   |   |
| D   | D | M  | M | Y  | Y | Y | Y |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| ទីកន្លែងមរណភាព(មូលដ្ឋានសុខាភិបាល ឬផ្ទះឬ កន្លែងផ្សេងៗ)៖<br>ឃុំ/សង្កាត់៖ ..... ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ .....<br>រាជធានី-ខេត្ត៖ .....  |   | ទីលំនៅឋានបច្ចុប្បន្នរបស់មរណជន(ឬទីលំនៅឋានរបស់ម្តាយបើមរណជនជាទារក)៖<br>ឃុំ/សង្កាត់៖ ..... ក្រុង/ស្រុក/ខណ្ឌ៖ ..... រាជធានី-ខេត្ត៖ .....  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |
| លេខទូរស័ព្ទរបស់ញាតិមរណជន ឬ អ្នករាយការណ៍ ៖ .....   |   |  |   |  |   |   |   |   |   |   |   |   |  |   |   |   |   |   |

លិខិតវេជ្ជសាស្ត្របញ្ជាក់មូលហេតុមរណភាព

|  |   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|--|---|--|--------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| <b>ទម្រង់ ក៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រ៖ ផ្នែកទី១ និង ផ្នែកទី២</b>   |   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ១. រាយការណ៍អំពីជំងឺ ឬលក្ខខណ្ឌ<br>ដែលបណ្តាលអោយស្លាប់ដោយ<br>ផ្ទាល់នៅក្នុងជួរ ក<br>រាយការណ៍អំពីខ្សែសង្វាក់នៃហេតុ<br>ការណ៍តាមលំដាប់លំដោយ (បើមាន)<br>បញ្ជាក់អំពីមូលហេតុបន្ទាប់បន្សំនៃ<br>ការស្លាប់នៅជួរក្រោមគេបង្អស់។ |   | ក  | មូលហេតុនៃការស្លាប់ | ចន្លោះពេល<br>(ចាប់ពីពេលមានជំងឺ<br>ដល់ពេលស្លាប់) |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   | ខ  | ដោយសារ៖            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   | គ  | ដោយសារ៖            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
|  |   | ឃ  | ដោយសារ៖            |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ២. លក្ខខណ្ឌសំខាន់ៗផ្សេងទៀតដែលរួមចំណែកដល់ការស្លាប់<br>(ចន្លោះពេល អាចត្រូវបានរួមបញ្ចូលនៅក្នុងរង្វង់ក្រចក នៅពី<br>ក្រោយលក្ខខណ្ឌនីមួយៗ)  |   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| <b>ទម្រង់ ខ៖ ទិន្នន័យវេជ្ជសាស្ត្រជំនុំទៀត</b>  |   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| តើមានការវះកាត់ក្នុងរយៈពេល ១៤ សប្តាហ៍ចុងក្រោយដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង  |   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់   |   | <table border="1" style="display: inline-table; text-align: center;"> <tr><td>D</td><td>D</td><td>M</td><td>M</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td><td>Y</td></tr> </table> |                    |   | D | D | M | M | Y | Y | Y | Y |
| D  | D | M  | M                  | Y   | Y | Y | Y |   |   |   |   |   |
| ប្រសិនបើមាន សូមបញ្ជាក់មូលហេតុនៃការវះកាត់ (មរណភាព ឬលក្ខខណ្ឌ)  |   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| តើមានការស្នើសុំធ្វើកោសល្យវិច័យ? <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង  |   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ប្រសិនបើមាន តើបកគំហើញនាត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅក្នុងលិខិតបញ្ជាក់នេះដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនដឹង  |   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |
| ស្ថានភាពនៃការស្លាប់៖   |   |  |                    |   |   |   |   |   |   |   |   |   |

|  |   |  |                                    |
|--|---|--|------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> ជំងឺ  | <input type="checkbox"/> ការបំពានផ្លូវកាយ             | <input type="checkbox"/> មិនអាចកំណត់បាន  |                                    |
| <input type="checkbox"/> ឧបទ្វីបហេតុ   | <input type="checkbox"/> អន្តរាគមន៍តាមផ្លូវច្បាប់     | <input type="checkbox"/> រង់ចាំការស៊ើបអង្កេត   |                                    |
| <input type="checkbox"/> ការធ្វើបាបខ្លួនឯងដោយចេតនា/អគ្គយាជ   | <input type="checkbox"/> សង្គ្រាម                     | <input type="checkbox"/> មិនដឹង  |                                    |
| ប្រសិនបើមានមូលហេតុខាងក្រៅ ឬជាតិពុល៖ <input type="checkbox"/> មូលហេតុខាងក្រៅ <input type="checkbox"/>   | កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់                                | D D M M Y Y Y Y  |                                    |
| សូមពណ៌នាថាតើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា (ប្រសិនបើការពុល សូមបញ្ជាក់អំពីសារធាតុពុល)  |   |  |                                    |
| <b>ទីកន្លែងកើតមូលហេតុខាងក្រៅ៖</b>  |   |  |                                    |
| <input type="checkbox"/> នៅលំនៅឋាន   | <input type="checkbox"/> ស្ថាប័នទីលំនៅ                | <input type="checkbox"/> សាលារៀន ស្ថាប័នដទៃទៀត តំបន់រដ្ឋបាលសាធារណៈ   | <input type="checkbox"/> កីឡាដ្ឋាន |
| <input type="checkbox"/> តាមដងផ្លូវ និងហាយវេ   | <input type="checkbox"/> តំបន់ពាណិជ្ជកម្ម និងសេវាកម្ម | <input type="checkbox"/> តំបន់ឧស្សាហកម្ម និងតំបន់សាងសង់  | <input type="checkbox"/> កសិដ្ឋាន  |
| <input type="checkbox"/> កន្លែងដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖  |   |  | <input type="checkbox"/> មិនដឹង    |
| <b>ការស្លាប់ក្នុងផ្ទៃ និង ទារក៖</b>  |   |  |                                    |
| មានផ្ទៃពោះច្រើនដង <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង                                    |   | ទារកកើតស្លាប់ <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង  |                                    |
| ប្រសិនបើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់ចំនួនម៉ោងដែលបានរស់  |   | ទម្ងន់ទារក (គិតជាក្រាម)  |                                    |
| អាយុគភ៌គិតជាសប្តាហ៍  |   | អាយុម្តាយ (គិតជាឆ្នាំ)   |                                    |
| ប្រសិនបើស្លាប់ជុំវិញកំណើត សូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើអោយប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត   |   |  |                                    |
| <b>ចំពោះស្ត្រី តើអ្នកស្លាប់មានផ្ទៃពោះដែរឬទេ?</b>   |   | <input type="checkbox"/> នៅពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> <៤២ថ្ងៃមុនពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> ៤៣ថ្ងៃ-១ឆ្នាំមុនពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> មិនដឹង |                                    |
| <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង  |   |  |                                    |
| តើការមានផ្ទៃពោះរួមចំណែកដល់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនដឹង |   |  |                                    |

ថ្ងៃ..... ខែ..... ឆ្នាំ..... បញ្ជូនសំបុត្រ ពស. ២៥.....  
 ..... ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ២០២.....  
 ហត្ថលេខាត្រូវពេទ្យ

**បានឃើញ និងឯកភាព**  
 ប្រធានមូលដ្ឋានសុខាភិបាល  
 ហត្ថលេខា



|  |   |  |  |
|--|---|--|--|
| សូមពណ៌នាថា តើមូលហេតុខាងក្រៅកើតឡើងដោយរបៀបណា (ប្រសិនបើការពុល សូមបញ្ជាក់អំពីសារធាតុពុល)   |   |  |  |
| <b>ទីកន្លែងកើតមូលហេតុខាងក្រៅ៖</b>  |   |  |  |
| <input type="checkbox"/> នៅផ្ទះ  | <input type="checkbox"/> ទីលំនៅ ជាវិទ្យាស្ថានឬអគារ    | <input type="checkbox"/> សាលារៀន ស្ថាប័នដទៃទៀត តំបន់រដ្ឋបាលសាធារណៈ   | <input type="checkbox"/> កីឡាដ្ឋាន   |
| <input type="checkbox"/> ផ្លូវ និងផ្លូវជាតិ  | <input type="checkbox"/> តំបន់ពាណិជ្ជកម្ម និងសេវាកម្ម | <input type="checkbox"/> តំបន់ឧស្សាហកម្ម និងតំបន់សាងសង់  | <input type="checkbox"/> កសិដ្ឋាន  |
| <input type="checkbox"/> កន្លែងដទៃទៀត (សូមបញ្ជាក់)៖  |   |  | <input type="checkbox"/> មិនដឹង  |
| <b>ទារកស្លាប់កើត <input type="checkbox"/> ទារកកើតស្លាប់ <input type="checkbox"/> ៖</b>   |   |  |  |
| មានទារកច្រើនក្នុងផ្ទៃ <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>                                       |   | ទារកកើតស្លាប់ <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង  |  |
| បើស្លាប់ក្នុងរយៈពេល ២៤ម៉ោង សូមបញ្ជាក់រយៈពេលដែលបានរស់៖<br>.....   |   | ទម្ងន់ទារក (គិតជាក្រាម)៖ .....   | ភេទមរណជន៖ <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី <input type="checkbox"/> មិនដឹង |
| អាយុគភ៌គិតជាសប្តាហ៍  | ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើតម្តាយ៖ .....                          |  | ឬ អាយុ (គិតជាឆ្នាំពេញ) .....   |
| ចំនួនទារកកើតរស់ (មកដល់បច្ចុប្បន្ន)   | ចំនួនទារកស្លាប់កើត (មកដល់បច្ចុប្បន្ន)                 |  |  |
| ប្រសិនបើស្លាប់ដុំវិញកំណើត សូមបញ្ជាក់ស្ថានភាពរបស់ម្តាយ ដែលធ្វើអោយប៉ះពាល់ដល់ទារកក្នុងផ្ទៃ និងទារកទើបនឹងកើត   |   |  |  |
| ចំពោះស្ត្រី មរណជន តើមានផ្ទៃពោះដែរឬទេ?<br><input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មិនដឹង             |   | <input type="checkbox"/> នៅពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> <៤២ថ្ងៃមុនពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> ៤៣ថ្ងៃ-១ឆ្នាំមុនពេលស្លាប់ <input type="checkbox"/> មិនដឹង |  |
| តើការមានផ្ទៃពោះរួមចំណែកដល់មូលហេតុនៃការស្លាប់ដែរឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស <input type="checkbox"/> ទេ <input type="checkbox"/> មិនដឹង |   |  |  |

ថ្ងៃ..... ខែ..... ឆ្នាំ..... បញ្ចប់កំ ពស. ២៥.....  
 ..... ថ្ងៃទី..... ខែ..... ឆ្នាំ២០២.....  
 ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យ

**បានឃើញ និងឯកភាព**  
 ប្រធានមូលដ្ឋានសុខាភិបាល  
 ហត្ថលេខា

## ឧបត្ថម្ភការងារបោះពុម្ពផ្សាយ

Bloomberg  
Philanthropies



DATA FOR  
HEALTH INITIATIVE



Vital  
Strategies