សម្ងាត់

CARE-101 CM

មេធាវី ឬភាគីដែលគ្មានលេខមេធាវី ឈ្មោះ៖ ឈ្មោះក្រុមហ៊ុន៖ អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ ទីក្រុង៖ រដ្ឋ៖ លេខហ្ស៊ីបកូដ៖ លេខទូរស័ព្ទ៖ លេខទូរសារ៖ អាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល៖ មេធាវីសម្រាប់ (ឈ្មោះ)៖ លេខសម្គាល់មេធាវីរដ្ឋ៖	សម្រាប់ការប្រើប្រាស់របស់តុលាការប៉ុណ្ណោះ សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ
តុលាការកំពូលនៃរដ្ឋ **CALIFORNIA** ខោនធីនៃ អាសយដ្ឋានផ្លូវ៖ អាសយដ្ឋានធ្វើសំបុត្រ៖ ទីក្រុងនិងហ្ស៊ីបកូដ៖ ឈ្មោះសាខា៖	
នីតិវិធីច្បាប់ CARE សម្រាប់ (ឈ្មោះ)៖ អ្នកឆ្លើយតប	
សេចក្តីប្រកាសសុខភាពផ្លូវចិត្ត--នីតិវិធីច្បាប់ **CARE**	លេខសំណុំរឿង៖ កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ

ជូនចំពោះអ្នកជំនាញសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ
ទម្រង់បែបបទនេះនឹងត្រូវបានប្រើដើម្បីជួយតុលាការកំណត់ថា តើអ្នកឆ្លើយតបបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌការវិនិច្ឆ័យរោគសម្រាប់នីតិវិធីច្បាប់ CARE ដែរឬទេ។

ព័ត៌មានទូទៅ

1. ឈ្មោះរបស់អ្នកប្រកាស៖

2. អាសយដ្ឋានការិយាល័យ លេខទូរស័ព្ទ និងអាសយដ្ឋានអ៊ីម៉ែល៖

3. ស្ថានភាពអាជ្ញាប័ណ្ណ *(បំពេញ a ឬ b)*៖

   a. ☐ ខ្ញុំជាអ្នកជំនាញខាងសុខភាពអាកប្បកិរិយាដែលមានអាជ្ញាប័ណ្ណ ហើយការធ្វើការពិនិត្យ ដែលបានពិពណ៌នាលើទម្រង់នេះគឺស្ថិតនៅក្នុងវិសាលភាពនៃអាជ្ញាប័ណ្ណរបស់ខ្ញុំ។ ខ្ញុំមានអាជ្ញាប័ណ្ណរដ្ឋ California ដែលមានសុពលភាពក្នុងនាមជា *(គូសធីកមួយ)*៖
      (1) ☐ គ្រូពេទ្យ
      (2) ☐ អ្នកវិភាគចិត្តសាស្ត្រ។
      (3) ☐ បុគ្គលិកសង្គមថែទាំសុខភាព។
      (4) ☐ អ្នកព្យាបាលអាពាហ៍ពិពាហ៍ និងគ្រួសារ។
      (5) ☐ អ្នកផ្តល់ប្រឹក្សាគ្លីនិកសុខភាពជំនាញ។
      (6) ☐ អ្នកជំនាញផ្នែកថែទាំសុខភាព។
      (7) ☐ ជំនួយការវេជ្ជបណ្ឌិត។

   b. ☐ ខ្ញុំត្រូវបានផ្តល់ការលើកលែងអាជ្ញាប័ណ្ណដោយនាយកដ្ឋានសេវាកម្មថែទាំសុខភាពរដ្ឋក្រោមច្បាប់សុខុមាលភាពនិងស្ថាប័នមាត្រា 5751.2 ពីព្រោះ *(សូមពន្យល់)*៖

   c. លេខអាជ្ញាប័ណ្ណរបស់ខ្ញុំគឺ *(ប្រសិនបើមាន)*៖

4. អ្នកឆ្លើយតប *(ឈ្មោះ)*៖
   ☐ ជា ☐ មិនមែនជា អ្នកជំងឺក្រោមការថែទាំនិងព្យាបាលបន្តរបស់ខ្ញុំទេ។

សម្ងាត់

CARE-101 CM

នីតិវិធីច្បាប់ CARE សម្រាប់ *(ឈ្មោះ)*៖	សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ អ្នកឆ្លើយតប	លេខសំណុំរឿង៖ កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ

ការពិនិត្យ ឬការប៉ុនប៉ងដែលត្រូវបានធ្វើនៅពេលពិនិត្យអ្នកឆ្លើយតប

5. បំពេញមួយក្នុងចំណោមចំណុចខាងក្រោម *(ទាំង a និង b ត្រូវតែក្នុងរយៈពេល 60 ថ្ងៃបន្ទាប់ពីការបំពេញការដាក់ញត្តិច្បាប់ CARE)*៖
   a. ☐ ខ្ញុំបានពិនិត្យអ្នកឆ្លើយតបនៅ *(កាលបរិច្ឆេទ)*៖ *(បន្តទៅចំណុចលេខ 7)*។
   b. ☐ នៅកាលបរិច្ឆេទខាងក្រោម៖ ខ្ញុំបានព្យាយាមពិនិត្យអ្នកឆ្លើយតបប៉ុន្តែមិនបានជោគជ័យដោយសារតែកង្វះការសហការរបស់អ្នកឆ្លើយតបក្នុងការព្រមទទួលការពិនិត្យ។

6. *(ឆ្លើយតែក្នុងករណីដែល 5b ត្រូវបានគូសធីកប៉ុណ្ណោះ។)* ពន្យល់លម្អិតថានៅពេលណា ការប៉ុនប៉ងចំនួនប៉ុន្មានដង និងប្រភេទនៃការប៉ុនប៉ងដែលត្រូវបានធ្វើឡើងដើម្បីពិនិត្យអ្នកឆ្លើយតប។ ពន្យល់ផងដែរនូវចំលើយរបស់អ្នកឆ្លើយតបចំពោះការប៉ុនប៉ងទាំងនោះនិងលទ្ធផលនៃការប៉ុនប៉ងនីមួយៗ។

7. ផ្អែកលើព័ត៌មានខាងក្រោម ខ្ញុំមានមូលហេតុដើម្បីជឿជាក់ថា អ្នកឆ្លើយតបបានបំពេញតាមលក្ខខណ្ឌរោគវិនិច្ឆ័យសម្រាប់នីតិវិធីច្បាប់ CARE *(តម្រូវការទាំងឡាយខាងក្រោមនេះត្រូវតែត្រូវបានបំពេញដើម្បីឱ្យអ្នកឆ្លើយតបមានសិទ្ធិទទួលបាននីតិវិធីច្បាប់ CARE)*៖
   a. អ្នកឆ្លើយតបមានការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដូចដែលបានកំណត់នៅក្នុង *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* ជំងឺវិកលចរិក ឬជំងឺវិកលចរិកផ្សេងទៀត នៅក្នុងថ្នាក់ដូចគ្នា ឬជំងឺបាយប៉ូឡាទី ១ ដែលមានលក្ខណៈវិកលចរិក លើកលែងតែជំងឺ វិកលចរិកដែលទាក់ទងនឹងការស្រវឹងបច្ចុប្បន្ន។ *(បង្ហាញពីជំងឺជាក់លាក់)*:

      កត់សម្គាល់៖ ក្រោមច្បាប់ស្តីពីសុខុមាលភាព និងស្ថាប័ន មាត្រា 5972 ជំងឺផ្លូវចិត្តដែលមានសិទ្ធិត្រូវមានលក្ខណៈចិត្តសាស្ត្រជាចម្បង ហើយមិនត្រូវបណ្តាលមកពីស្ថានភាពវេជ្ជសាស្ត្រដូចជាការរងរបួសខួរក្បាល អូធីសឹម រោគវង្វេងដោយសារវ័យចំណាស់ ឬជំងឺសរសៃប្រសាទឡើយ។ បុគ្គលដែលមានរោគវិនិច្ឆ័យបច្ចុប្បន្ននៃបញ្ហាការប្រើប្រាស់សារធាតុញៀនដោយមិនបំពេញលក្ខខណ្ឌវិនិច្ឆ័យច្បាប់ផ្សេងទៀតផងដែរ រួមទាំង វិបត្តិចិត្តសាស្ត្រផ្សេងទៀត មិនមានសិទ្ធិនោះទេ។

   b. អ្នកឆ្លើយតបកំពុងតែមានបញ្ហាសុខភាពផ្លូវចិត្តធ្ងន់ធ្ងរដែល *(ទាំងអស់ខាងក្រោមត្រូវតែបំពេញបានតាមលក្ខខណ្ឌ)*៖
      (1) មានកម្រិតធ្ងន់ធ្ងរ និងមានរយៈពេលយូរ *(សូមពន្យល់លម្អិត)*៖

នីតិវិធីច្បាប់ CARE សម្រាប់ (ឈ្មោះ)៖	សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ អ្នកឆ្លើយតប	លេខសំណុំរឿង៖ កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ

7. b. (2) អាចបណ្តាលឱ្យមានអាកប្បកិរិយាដែលប៉ះពាល់យ៉ាងខ្លាំងទៅលើសកម្មភាពសំខាន់ៗនៃជីវិតប្រចាំថ្ងៃ (សូមពន្យល់លម្អិត)៖

(3) អាចបណ្តាលឱ្យមានអសមត្ថភាពក្នុងរក្សាការកែសម្រួលដែលមានស្ថេរភាព និងការបំពេញមុខងារដោយឯករាជ្យដោយគ្មានការព្យាបាល ការគាំទ្រ និងការស្តារឡើងវិញសម្រាប់រយៈពេលយូរឬមិនកំណត់ (សូមពន្យល់លម្អិត)៖

c. អ្នកឆ្លើយតបមិនមានស្ថិរភាពផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រនៅក្នុងការព្យាបាលដោយស្ម័គ្រចិត្តដែលកំពុងបន្ត។ អ្នកឆ្លើយតបមានស្ថេរភាពក្នុងការព្យាបាលជាបន្ត ប្រសិនបើចំណុចទាំងពីរខាងក្រោមជាការពិត៖
(1) ស្ថានភាពរបស់អ្នកឆ្លើយតបមានស្ថេរភាព និងមិនកាន់តែយ៉ាប់ឃ្មឹន។ ហើយ
(2) បច្ចុប្បន្នអ្នកឆ្លើយតបកំពុងចូលរួមក្នុងការព្យាបាល និងគ្រប់គ្រងរោគសញ្ញាតាមរយៈថ្នាំ ឬអន្តរាគមន៍ព្យាបាលផ្សេងទៀត។
(សូមពន្យល់លម្អិត)៖

d. យ៉ាងហោចណាស់មួយក្នុងចំណោមទាំងនេះគឺជាការពិត (បំពេញបានតាមមួយឬទាំងពីរខាងក្រោម)៖

(1) ☐ អ្នកឆ្លើយតបទំនងជាមិនអាចនៅរស់បានដោយសុវត្ថិភាពនៅក្នុងសហគមន៍ដោយគ្មានការត្រួតពិនិត្យ ហើយ ស្ថានភាពរបស់អ្នកឆ្លើយតបកំពុងតែយ៉ាប់ឃ្មឹនខ្លាំង (សូមពន្យល់លម្អិត)៖

(2) ☐ អ្នកឆ្លើយតបត្រូវការសេវាកម្មនិងការគាំទ្រដើម្បីបង្ការការលាប់ជំងឺមកវិញ ឬការធ្លាក់ចុះដែលអាចនឹងបណ្តាលឱ្យមានអសមត្ថភាពធ្ងន់ធ្ងរ ឬគ្រោះថ្នាក់ធ្ងន់ធ្ងរដល់អ្នកឆ្លើយតបឬអ្នកដទៃ (សូមពន្យល់លម្អិត)៖

សម្ងាត់

នីតិវិធីច្បាប់ CARE សម្រាប់ (ឈ្មោះ)៖	សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ អ្នកឆ្លើយតប	លេខសំណុំរឿង៖ កុំដាក់ឯកសារជាមួយតុលាការ

7. e. ការចូលរួមក្នុងផែនការ CARE ឬកិច្ចព្រមព្រៀង CARE គឺជាជម្រើសជំនួសដែលមានការដាក់កំហិតតិចតួចបំផុតដែលចាំបាច់ដើម្បីធានាការជាសះស្បើយនិងស្ថេរភាពរបស់អ្នកឆ្លើយតប(សូមពន្យល់លម្អិត)៖

f. អ្នកឆ្លើយតបអាចទទួលបានផលប្រយោជន៍ពីការចូលរួមក្នុងផែនការ CARE ឬកិច្ចព្រមព្រៀង CARE (សូមពន្យល់លម្អិត)៖

8. ☐ ព័ត៌មានបន្ថែមអំពីការពិនិត្យរបស់ខ្ញុំទៅលើអ្នកឆ្លើយតបគឺ ☐ ដូចខាងក្រោម ☐ នៅឯកសារភ្ជាប់លេខ 8។

ខ្ញុំសូមប្រកាសនៅក្រោមការពិន័យលើការភូតភរក្រោមច្បាប់រដ្ឋ California ថាព័តិមានទាំងអស់ខាងលើគឺពិតនិងត្រឹមត្រូវ។

កាលបរិច្ឆេទ៖

វាយបញ្ចូល ឬ សរសេរឈ្មោះរបស់អ្នកប្រកាស

▶ សម្រាប់ជាព័ត៌មានតែប៉ុណ្ណោះ

ហត្ថលេខារបស់អ្នកប្រកាស

សម្រាប់ការការពារនិងភាពឯកជនរបស់អ្នក សូមចុចប៊ូតុង លុបសម្អាតទម្រង់បែបបទនេះ បន្ទាប់ពីអ្នកបានបោះពុម្ពវារួច។

បោះពុម្ព | រក្សាទុក | លុបសម្អាត