

Newborn bloodspot screening



ការពិនិត្យឆែកមើលឈាមទារកទើបនឹងកើត –

ដើម្បីសុខភាពទារករបស់អ្នក

តើការពិនិត្យឆែកមើលឈាមទារកទើបនឹងកើតជាអ្វី?

ការពិនិត្យឆែកមើលឈាមទារកទើបនឹងកើត គឺជាតេស្តប្រើដើម្បីរកមើលទារកមួយចំនួនតូចដែលអាចមានបញ្ហាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលកម្រកើតមានឡើង ក៏ប៉ុន្តែធ្ងន់ធ្ងរអាចប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់ទារក។

ការធ្វើតេស្តស្វែងរកបញ្ហាផ្សេងៗគ្នាចំនួន២៣។ នេះគឺជាការសំខាន់ដោយព្រោះថាៈ

- បញ្ហាទាំងនេះពុំអាចមើលឃើញក្នុងទារកដែលទើបនឹងកើតឡើយ
- ការធ្វើតេស្តអាចរកឃើញទារកឈឺបានទាន់ពេល។ ការរកឃើញបញ្ហាទាន់ពេល មានន័យថាទារកអាចត្រូវបានថែរក្សាត្រឹមត្រូវ។

ទារកភាគច្រើនដែលកើតនៅក្នុងរដ្ឋវិចិត្រមានសុខភាពល្អ។ មានទារកតែ២-៣នាក់ប៉ុណ្ណោះ ដែលបានរកឃើញថាមានបញ្ហាមួយក្នុងចំណោមបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរទាំងនេះ។ ចំពោះទារកមួយចំនួន បញ្ហាទាំងនេះអាចគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ប្រសិនបើគេមិនបានព្យាបាលភ្លាមទេ។ នៅក្នុងករណីដែលកម្រមាន វេជ្ជបណ្ឌិតប្រហែលជាមិនអាចដោះស្រាយបញ្ហាបានឡើយ។

តើការពិនិត្យឆែកមើលត្រូវធ្វើឡើងនៅពេលណា និងតាមរបៀបណា?

ការពិនិត្យឆែកមើលធ្វើឡើងលឿន មានសុវត្ថិភាព ហើយមានផ្តល់ចំពោះគ្រប់ទារកទាំងអស់។ ក្នុងរវាង២ និង៣ថ្ងៃក្រោយពេលទារករបស់អ្នកបានកើតមក ឆ្មបរបស់អ្នកនឹងប្រមូលយកឈាម២-៣តំណក់បន្តក់លើប័ណ្ណពិនិត្យឆែកមើល។ ការនេះត្រូវធ្វើឡើងដោយជោះកែងជើងទារករបស់អ្នក។ ការជោះនេះអាចនាំទារករបស់អ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួលបន្តិចបន្តួច។ ការបញ្ចុកចំណីអាហារឬទប់កាន់ទារកក្នុងពេលគេកំពុងជោះកែងជើង នឹងជួយសម្រួលកិច្ចការនេះបាន។

ប័ណ្ណពិនិត្យឆែកមើលនឹងត្រូវផ្ញើទៅមន្ទីរពេទ្យ Royal Children's Hospital នៅម៉ែលប៊ែន។ ស្ទើរគ្រប់ទារកទាំងអស់ទទួលបានលទ្ធផលតេស្តធម្មតា។ ពេលណាមានលទ្ធផលធម្មតា អ្នកនឹងពុំពូជជំងឺអ្វីឡើយ។ សូមកុំបារម្ភ ប្រសិនបើគេត្រូវការគំរូឈាមលើកទីពីរពីទារករបស់អ្នក – ការនេះអាចកើតមាននៅពេលខ្លះ។

ប្រសិនបើមានបញ្ហាអ្វីជាមួយទៅនឹងលទ្ធផលតេស្តទារករបស់អ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត ឬឆ្មប នឹងប្រាប់អ្នកអំពីអ្វីខ្លះដែលអ្នកត្រូវធ្វើ។

Newborn bloodspot screening



តើមានអ្វីកើតឡើងក្រោយពេលការពិនិត្យឆែកមើល?

បំណ្ណពិនិត្យឆែកមើលរបស់កូនអ្នក ជាមួយនឹងតំណក់ឈាមបន្ទាល់ទុកពីលើបំណ្ណនឹងត្រូវគេរក្សាទុក សម្រាប់រយៈពេលពីរឆ្នាំ នៅមន្ទីរពេទ្យកុមារ (Children's Hospital) ។ ការនេះគឺសម្រាប់ករណីដែល គេត្រូវការធ្វើតេស្តថែមទៀតចំពោះទារករបស់អ្នក។ មន្ទីរពេទ្យក៏ប្រើកំរូឈាមចាស់ផងដែរ ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាម៉ាស៊ីនដែលធ្វើតេស្ត ឈាមមានដំណើរត្រឹមត្រូវ។

បន្ទាប់រយៈពេលពីរឆ្នាំ បំណ្ណពិនិត្យឆែកមើលត្រូវគេរក្សាទុកដោយគ្មានកំណត់ពេលនៅកន្លែងមានសុវត្ថិភាព។ បំណ្ណនេះនឹងរួច ផុតពីគ្រោះភ័យ និងបានការពារដោយច្បាប់ប្រចាំរដ្ឋ។ ក្រោយរយៈពេលពីរឆ្នាំនៃការរក្សាទុកនៅមន្ទីរពិសោធន៍ អ្នកអាចស្នើសុំ ឱ្យគេផ្ទេរបំណ្ណពិនិត្យឆែកមើលទារករបស់អ្នក មកឱ្យអ្នកវិញ។

ក្នុងរយៈពេលនៅកន្លែងរក្សាទុក បំណ្ណពិនិត្យឆែកមើលអាចយកប្រើ៖

- ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់អ្នក ប្រសិនបើត្រូវការធ្វើតេស្តច្រើនទៀតសម្រាប់ទារកអ្នក
- ប្រសិនបើមានតម្រូវការដោយតុលាការច្បាប់
- ហើយជូនកាល ដើម្បីធ្វើកុំឱ្យគេសម្គាល់ដឹងអំពីការស្រាវជ្រាវផ្នែកសុខភាព។

អ្នកអាចជ្រើសរើស ប្រសិនបើអ្នកចង់ឱ្យគេយកកំរូតេស្តឈាមទារករបស់អ្នកប្រើប្រាស់សម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ។ ការស្រាវជ្រាវនេះពុំប្រើ ឈ្មោះ និងព័ត៌មានឯកជនដទៃទៀតរបស់អ្នកឡើយ។ ការអនុញ្ញាតឱ្យគេប្រើប្រាស់កំរូឈាមសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវ គឺជាជំរើសផ្ទាល់ខ្លួន ហើយពុំអាចបញ្ឈប់អ្នកឱ្យគេពិនិត្យឆែកមើលកូនរបស់អ្នកឡើយ។

Newborn bloodspot screening



ផ្តល់ការអនុញ្ញាតដើម្បីពិនិត្យឆែកមើលឈាមទារកទើបនឹងកើត

មុនពេលគេចាប់ផ្តើមយកគំរូឈាម អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យផ្តល់ការយល់ព្រមដើម្បីធ្វើតេស្ត។ អ្នកនឹងត្រូវបានស្នើសុំឱ្យនិយាយ “បាទ / ចាស៍ ឬទេ” ផងដែរ ចំពោះការប្រើប្រាស់ប័ណ្ណដើម្បីធ្វើការស្រាវជ្រាវ។ ប័ណ្ណពិនិត្យឆែកមើលនឹងមានលក្ខណៈដូចនេះ៖

ការយល់ព្រមឱ្យធ្វើការពិនិត្យឆែកមើលឈាមទារកទើបនឹងកើត

ខ្ញុំបានទទួល និងយល់ដឹងអំពីព័ត៌មាននៅក្នុងកូនសៀវភៅស្តីពីការពិនិត្យឆែកមើលឈាមទារកទើបនឹងកើត។ ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យគេយកគំរូឈាមពីទារករបស់ខ្ញុំដើម្បីធ្វើតេស្តពិនិត្យឆែកមើលឈាមទារកទើបនឹងកើត។

ការប្រើប្រាស់ប័ណ្ណសម្រាប់ការស្រាវជ្រាវបន្ទាប់បន្សំ

ខ្ញុំយល់ដឹងថា តំណក់ឈាមបន្ទាប់បន្សំពីលើប័ណ្ណពិនិត្យឆែកមើល អាចត្រូវបានយកប្រើប្រាស់ម្តងម្កាល ដើម្បីធ្វើកុំឱ្យគេសម្គាល់ដឹងអំពីការស្រាវជ្រាវផ្នែកសុខភាព។ ខ្ញុំជ្រើសរើសដើម្បីផ្តល់គំរូឈាមទារករបស់ខ្ញុំ ដើម្បីឱ្យគេយកប្រើប្រាស់សម្រាប់ គោលដៅនេះ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម

- និយាយទៅកាន់ឆ្មបរបស់អ្នក
- បើកមើលវិបសៃច័ www.vcgs.org.au/tests/newborn-bloodspot-screening (មានជាភាសាអង់គ្លេសប៉ុណ្ណោះ)
- ទូរស័ព្ទលេខ 1300118247 ដើម្បីនិយាយជាមួយអ្នកប្រឹក្សាយោបល់ម្នាក់នៅសេវាកម្មសិក្សាព្យាបាលហ្វែន វិចិត្រវៀ (Victorian Clinical Genetics Service)។



SOAK BLOOD FROM THE OTHER SIDE

VICTORIAN NEWBORN SCREENING LABORATORY

BIRTH HOSPITAL

COMPLETE ALL DETAILS OR USE HOSPITAL LABEL BELOW

Baby's
FULL NAME

Mother's
FULL NAME

UR
Doctor's Name

Date of birth / / time 24:00hr

Date of sample / / time 24:00hr

Gestation: weeks Current weight: g Twin 1 2

Breast Feed ☐ Formula Type ☐ TPN ☐ Male ☐ Female ☐

Relevant Clinical / Family History

Collector's Name

Newborn Screening Consent
I have received and understood the information in the newborn screening brochure. I consent to my baby having blood collected for the newborn screening test. ☐ Yes ☐ No

Secondary Research Use
I understand that blood from stored screening cards can be used occasionally for de-identified health research. I choose to make my baby's blood sample available for this purpose. ☐ Yes ☐ No

Parent Signature: