



ការពិនិត្យឆែកមើលទារកទើបនឹងកើត – ដើម្បីសុខភាពទារករបស់លោកអ្នក

តើការពិនិត្យឆែកមើលទារកទើបនឹងកើតជាអ្វី?

ការពិនិត្យឆែកមើលទារកទើបនឹងកើត គឺជាតេស្តប្រើសំរាប់រកមើលទារកមួយចំនួនតូចដែលអាចមានបញ្ហាផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ ដែលកម្រកើតឡើង ក៏ប៉ុន្តែធ្ងន់ធ្ងរដែលអាចប៉ះពាល់ដល់សុខភាពរបស់ទារក។

ការធ្វើតេស្តស្វែងរកបញ្ហាផ្សេងៗគ្នាចំនួន២៥។ នេះគឺជាការសំខាន់ដោយព្រោះថា៖

- បញ្ហាទាំងនេះពុំអាចមើលដឹងក្នុងទារកដែលទើបនឹងកើតឡើយ
- ការធ្វើតេស្តអាចរកឃើញទារកឈឺបានទាន់ពេល។ ការរកឃើញបញ្ហាទាន់ពេល មានន័យថាទារកអាចគ្រប់គ្រងបាន ត្រឹមត្រូវ។

ទារកភាគច្រើនដែលកើតនៅក្នុងរដ្ឋវិចិត្រីយ៉ាមានសុខភាពល្អ។ មានទារកតែ២-៣នាក់ប៉ុណ្ណោះ ដែលបានរកឃើញថាមាន បញ្ហាមួយ ក្នុងចំណោមបញ្ហាធ្ងន់ធ្ងរទាំងនេះ។ ចំពោះទារកមួយចំនួន បញ្ហាទាំងនេះអាចគំរាមកំហែងដល់ជីវិត ប្រសិនបើគេ ពុំបានព្យាបាលភ្លាមទេ។ នៅក្នុងករណីដែលកម្រមាន វេជ្ជបណ្ឌិតប្រហែលជាមិនអាចដោះស្រាយបញ្ហាបានឡើយ។

តើការពិនិត្យឆែកមើលត្រូវធ្វើឡើងនៅពេលណា និងតាមរបៀបណា?

ការពិនិត្យឆែកមើលធ្វើឡើងលឿន មានសុវត្ថិភាព ហើយមានផ្តល់ចំពោះគ្រប់ទារកទាំងអស់។ ក្នុងរវាង២ និង៣ថ្ងៃក្រោយ ពេលទារករបស់លោកអ្នកបានកើតមក ឆ្លុបរបស់លោកអ្នកនឹងប្រមូលយកឈាម២-៣តំណក់បន្តក់លើប័ណ្ណពិនិត្យឆែកមើល។ ការនេះត្រូវធ្វើឡើងដោយជោះកែងជើងទារករបស់លោកអ្នក។ ការជោះនេះអាចនាំទារករបស់លោកអ្នកមានអារម្មណ៍មិនស្រួល បន្តិចបន្តួច។ ការបញ្ជាក់ចំណី ឬទប់កាន់ទារកក្នុងពេលគេជោះកែងជើង នឹងជួយសម្រួលកិច្ចការនេះបាន។

ប័ណ្ណពិនិត្យឆែកមើលនឹងត្រូវផ្ញើទៅមន្ទីរពេទ្យ Royal Children’s Hospital នៅម៉ែលប៊ែន។ ស្ទើរគ្រប់ទារកទាំងអស់ ទទួលបានលទ្ធផលតេស្តធម្មតា។ ពេលណាមានលទ្ធផលធម្មតា លោកអ្នកនឹងពុំសូវអ្វីឡើយ។ សូមកុំបារម្ភអ្វីឡើយ ប្រសិន បើគេត្រូវការគំរូឈាមលើកទីពីរពីទារករបស់លោកអ្នក – ការនេះអាចកើតមាននៅពេលខ្លះ។

ប្រសិនបើមានបញ្ហាអ្វីជាមួយទៅនឹងលទ្ធផលតេស្តទារករបស់លោកអ្នក វេជ្ជបណ្ឌិត ឬធូប នឹងប្រាប់លោកអ្នកអំពីអ្វីខ្លះដែល លោកអ្នកត្រូវធ្វើ។

តើមានអ្វីកើតឡើងក្រោយពេលការពិនិត្យឆែកមើល?

ប័ណ្ណពិនិត្យឆែកមើលរបស់កូនលោកអ្នក ជាមួយនឹងតំណក់ឈាមបន្ទុកពីលើប័ណ្ណនឹងត្រូវគេរក្សាទុក សំរាប់រយៈពេលពីរ ឆ្នាំនៅមន្ទីរពេទ្យកុមារ (Children’s Hospital) ។ ការនេះគឺសំរាប់ករណីដែលគេត្រូវការធ្វើតេស្តថែមទៀតចំពោះទារក របស់លោកអ្នក។

NEWBORN SCREENING



មន្ទីរពេទ្យក៏ប្រើគំរូឈាមចាស់ផងដែរ ដើម្បីឱ្យប្រាកដថាម៉ាស៊ីនដែលធ្វើតេស្តឈាម មានដំណើរត្រឹមត្រូវ។

បន្ទាប់រយៈពេលពីរឆ្នាំ ប័ណ្ណពិនិត្យឆែកមើលត្រូវគេរក្សាទុកដោយគ្មានកំណត់ពេល នៅកន្លែងមានសុវត្ថិភាព។ ប័ណ្ណនេះនឹងរួចផុតពីគ្រោះភ័យ និងបានការពារដោយ ច្បាប់ប្រចាំរដ្ឋ។ ក្រោយរយៈពេលពីរឆ្នាំនៃការរក្សាទុកនៅមន្ទីរពិសោធន៍ លោកអ្នក អាចស្នើសុំឱ្យគេផ្ទេរប័ណ្ណពិនិត្យឆែកមើលទារករបស់លោកអ្នក មកឱ្យលោកអ្នកវិញ។

ក្នុងរយៈពេលនៅកន្លែងរក្សាទុក ប័ណ្ណពិនិត្យឆែកមើលអាចយកប្រើ៖

- ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតរបស់លោកអ្នក ប្រសិនបើត្រូវការធ្វើតេស្តច្រើនទៀតសំរាប់ទារកលោកអ្នក
- ប្រសិនបើមានតម្រូវការដោយតុលាការច្បាប់
- ហើយជួនកាល សំរាប់ធ្វើកុំឱ្យគេសម្គាល់ដឹងអំពីការស្រាវជ្រាវផ្នែកសុខភាព។

លោកអ្នកអាចជ្រើសរើស ប្រសិនបើលោកអ្នកចង់ឱ្យគេយកគំរូឈាមទារករបស់លោកអ្នក ប្រើប្រាស់សំរាប់ការស្រាវជ្រាវ។ ការស្រាវជ្រាវនេះពុំប្រើឈ្មោះ និងព័ត៌មានឯកជនដទៃទៀតរបស់លោកអ្នកឡើយ។ ការអនុញ្ញាតឱ្យគេប្រើប្រាស់គំរូឈាមសំរាប់ ការស្រាវជ្រាវ គឺជាជំរើសផ្ទាល់ខ្លួន ហើយពុំអាចបញ្ឈប់លោកអ្នកឱ្យគេពិនិត្យឆែកមើលកូនរបស់លោកអ្នកឡើយ។

ផ្តល់ការអនុញ្ញាតដើម្បីពិនិត្យឆែកមើលទារកទើបនឹងកើត

មុនពេលគេចាប់ផ្តើមយកគំរូឈាម លោកអ្នកនឹងត្រូវគេស្នើសុំឱ្យ ផ្តល់ការយល់ព្រមដើម្បីធ្វើតេស្ត។ លោកអ្នកក៏នឹងត្រូវគេស្នើសុំឱ្យ និយាយ “បាទ / ចាស់ ឬទេ” ផងដែរ ទៅនឹងការប្រើប្រាស់ ប័ណ្ណដើម្បីធ្វើការស្រាវជ្រាវ។ ប័ណ្ណពិនិត្យឆែកមើលនឹងមាន លក្ខណៈដូចយ៉ាងនេះ៖

ការយល់ព្រមឱ្យធ្វើការពិនិត្យឆែកមើលទារកទើបនឹងកើត

ខ្ញុំបានទទួល និងយល់ដឹងអំពីព័ត៌មាននៅក្នុងកូនសៀវភៅស្តីអំពីការ ពិនិត្យឆែកមើលទារកទើបនឹងកើត។ ខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យគេយកគំរូឈាម ពីទារកខ្ញុំ សំរាប់ការធ្វើតេស្តពិនិត្យឆែកមើលទារកទើបនឹងកើត។

ការប្រើប្រាស់ប័ណ្ណសំរាប់ការស្រាវជ្រាវបន្ទាប់បន្សំ

ខ្ញុំយល់ដឹងថា តំណក់ឈាមបន្ទាល់ទុកពីលើប័ណ្ណពិនិត្យឆែកមើល អាចត្រូវគេយកប្រើប្រាស់ម្តងម្កាល ដើម្បីធ្វើកុំឱ្យគេសម្គាល់ដឹងអំពី ការស្រាវជ្រាវផ្នែកសុខភាព។ ខ្ញុំជ្រើសរើសដើម្បីផ្តល់គំរូឈាមទារក របស់ខ្ញុំ ដើម្បីឱ្យគេយកប្រើប្រាស់សំរាប់គោលដៅនេះ។

ដើម្បីទទួលបានព័ត៌មានបន្ថែម

- និយាយទៅកាន់រូបរបស់លោកអ្នក
- បើកមើលវិបសាយ www.vcgs.org.au/pathology/nbs (មានជាភាសាអង់គ្លេសប៉ុណ្ណោះ)
- ទូរស័ព្ទលេខ (03) 8341 6200 ដើម្បីជួបជាមួយអ្នកផ្តល់ឱវាទអំពីការពិនិត្យឆែកមើលទារកទើបនឹងកើត នៅកិច្ចប្រជុំតំណពូជខាងវេជ្ជសាស្ត្រវិទ្យា (Victorian Clinical Genetics Service) ។



SOAK BLOOD FROM THE OTHER SIDE

VICTORIAN NEWBORN SCREENING LABORATORY

Hospital Name _____
and ward _____

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: _____

Date Printed 06/2011