

ឧបសម្ព័ន្ធ ១៤



សង្ខេបការព្យាបាល និង ថ្លៃសេវា

សំរាប់អ្នកជម្ងឺដែលគំាទ្រដោយមូលនិធិសមធម៌

RH/2016/7-00001

 **OPD**

|  |  |
| --- | --- |
| លេខសំគាល់មូលនិធិសមធម៌**:** WW ឈោ្មះអ្នកជំងឺ³ ភេទ³ អាយុ³ ខេត្តៈ ស្រុកៈ ឃុំៈ ភូមិៈ ទីតាំងៈ  | ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នំា២០១អ្នកសំរបសំរួល |
| លេខលិខិតបញ្ជូនៈ បញ្ជូនដោយៈ មសភ□ មព□ អសភ□ ខ្លួនឯង□ ផ្សេងៗ□ថៃ្ងចូលពិនិត្យៈ ម៉ោងចូលៈ លេខសំណុំលិខិតៈ  |
| ចំណាត់ជម្ងឺនៃការធើ្វរោគវិនិច្ជ័យ□ ជម្ងឺរាគរួស □ជម្ងឺសួតផ្សេងៗ □ជម្ងឺផ្លូវចិត្ដ □ជម្ងឺស្បែក □សំរាលកូនពិបាក □ទារកមិនធម្មតាពីកំណើត□ជម្ងឺគ្រុនចាញ់ □រលាកផ្លូវដង្ហើមស្រួច □មហារីក □ជម្ងឺភ្នែក □កូនកើតស្លាប់; □ពន្យាកំណើតអចិន្រៃ្ដ□ជម្ងឺគ្រុនឈាម □រលាកស្រោមខួរក្បាល □ទឹមនោមផ្អែម □រលាក □ជម្ងឺក្រចៀក-ច្រមុះ-បំពង់ក □ជាប់ញៀន-ស្រវឹង□ជម្ងឺហ៊ីវ-អេដស៍ □ជម្ងឺតម្រងទឹកនោម □ស្វិតដៃជើង □ជម្ងឺលើសឈាម □ក្លាយរោគក្រោយរលូត □គ្រោះថ្នាក់ចរាចរ□របេងក្រៅសួត □ជម្ងឺឆ្អឹង-សាច់ដុំ □ជម្ងឺបេះដូង □ជម្ងឺប្រដាប់បន្ដពូជ □សំរាលកូនដោយវះកាត់; □របួសផ្សេងៗ□របេងសួត □ជម្ងឺសរសៃប្រសាទ □ រលាកថ្លើម □សំរាលកូនធម្មតា □ទារកសំរាលដោយមានជម្ងឺ □ ជម្ងឺផ្សេងៗ □ របួសដោយធ្លាក់-វាយតប់-សត្វខំា-បាញ់បោះ |

សូមធីកនៅពីមុខសេវាដែលបានប្រើប្រាស់

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | សេវាដែលបានប្រើប្រាស់ | ថ្លៃសេវា |  | សេវាដែលបានប្រើប្រាស់ | ថ្លៃសេវា |
|  | សេវាសង្គ្រោះបន្ទាន់ |  |  | សេវាមណ្ឌលវីស៊ីស៊ីធី (VCCT) |  |
|  | ការពិគ្រោះព្យាបាល |  |  | ជំងឺផ្លូវចិត្ដ |  |
|  | ការពិគ្រោះ សេវាវះកាត់ |  |  | ត្រចៀក ច្រមុះ បំពង់ក |  |
|  | សេវាពេទ្យធ្មេញ |  |  | សេវាជំងឺភ្នែក |  |
|  | ថតវិទ្យុសកម្ម |  |  | លំហាត់ប្រាណ-ការព្យាបាលដោយចលនា |  |
|  | ថតអេកូ |  |  | រថយន្ដសង្គ្រោះពីមណ្ឌលសុខភាពទៅកាន់មន្ទីពេទ្យបង្អែក |  |
|  | ការធើ្វតេស្ដវិភាគឈាម |  |  | រថយន្ដសង្គ្រោះពីមន្ទីពេទ្យបង្អែកទៅកាន់មន្ទីពេទ្យខេត្ដ |  |
|  | ការពិនិត្យសាកសព |  |  | សេវារដ្ឋបាល |  |
|  | សេវាគ្លីនីកថ្នាំពន្យាជំងឺអេដស៍ |  |  |  |  |

ថ្លៃសេវាសរុប (ជាលេខ):

ថ្លៃសេវាសរុប (ជាអក្សរ):

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នំា២០១

ស្នាមមេដៃ និងឈ្មោះអ្នកជម្ងឺ ឫសាច់ញាតិ

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នំា២០១

ហត្ថលេខាគ្រូពេទ្យ / ឈ្មោះ

ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នំា២០១

ប្រធានគណៈកម្មាការហិរញ្ញប្បទាន