



Affix Patient Label

Patient Name:

Date of Birth:

ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးမှုများ သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းစဉ်အတွက် ကလေးသူငယ် ကုသမှုလုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုမှု

ပါဝင်ကုသသည့်/ကြီးကြပ်စီမံပေးသည့် သမားတော်- \_\_\_\_\_

လုပ်ငန်းခွင်ဝင် သင်တန်းသား သမားတော် (သက်ဆိုင်မှုရှိလျှင်)- \_\_\_\_\_ တိုက်ရိုက်ကြီးကြပ်စီမံမှုဖြင့်

ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးမှုများ သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းစဉ်ကို လုပ်ဆောင်ရာတွင် သင့်ကလေးအတွက် စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုမှုနှင့်ပတ်သက်၍ အသိပေးထားသည့် အချက်အလက်များအပေါ်တွင် ဆုံးဖြတ်ချက်ချ ချစေနိုင်ရန် အတွက် ဤအချက်အလက်များကို သင့်အား ပေးအပ်ခြင်းဖြစ်သည်။

ကုသမှုလုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုမှုနှင့်ပတ်သက်သည့် အချက်အလက်များ-

အချို့သော ကျန်းမာရေး စစ်ဆေးမှုများ သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းစဉ်တွင် အကောင်းဆုံးရလဒ်များ ရရှိရန်အတွက် ကလေးသည် မလှုပ်မယှက်ငြိမ်သက်စွာရှိနေရန် လိုအပ်သည်။

အခြားလုပ်ဆောင်စဉ်များတွင်မူ ကလေးသည် နိုးကြားနေပါက မသက်မသာခံစားရနိုင်သည် သို့မဟုတ် နာကျင်မှုရှိနိုင်သည်။

၎င်းတို့မှ သက်သာစေရန်အတွက် သင့်ကလေးကို ဆေးဝါးအသုံးပြုစေမည်ဖြစ်ပါသည်။ ဤဆေးဝါးသည် သင့်ကလေးကို ပိုမိုသက်တောင့်သက်သာရှိစေရန်လည်း ပြုလုပ်ပေးမည်ဖြစ်ပါသည်။ ဤဆေးဝါးကို သွေးလွှတ်ကြော (IV) မှတစ်ဆင့်လည်းကောင်း၊ ကလေးများ၏ နှာခေါင်းအတွင်းမှ အရည်သွင်း၍လည်းကောင်း၊ သို့မဟုတ် ပါးစပ်မှတစ်ဆင့်လည်းကောင်း ပေးသွင်းပေးနိုင်ပါသည်။ ဤသည်ကို "ကုသမှုလုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုမှု"ဟု ခေါ်သည်။ သင့်ကလေးသည် အိပ်ချင်ငိုက်မြည်းမှုကို ခံစားရလိမ့်မည်။ တချို့လုပ်ငန်းစဉ် အပိုင်းများတလျှောက်သင့်ကလေးသည် အိပ်ပျော်သွားသည်အထိ ဖြစ်နိုင်ပါသည်။ သင့်ကလေး၏ နှလုံးခုန်နှုန်း၊ အသက်ရှူခြင်းနှင့် သွေးဖိအားကို ကျွန်ုပ်တို့ စောင့်ကြည့်ပါမည်။ သင့်ကလေး၏ အောက်ဆီဂျင်အဆင့်ကိုလည်း ကျွန်ုပ်တို့ စောင့်ကြည့်ပါမည်။

သင့်ကလေး၏ နှလုံးခုန်နှုန်း၊ အသက်ရှူခြင်း သို့မဟုတ် သွေးဖိအားသည် ပုံမှန်အဆင့်ထက် ကျဆင်းနေပါက စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုထားမှုကို ပြန်လည်ရပ်ဆိုင်းသွားစေရန် ဆေးဝါးများ ပေးနိုင်သည့် သို့မဟုတ် စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုမှုကို ရပ်တန့်နိုင်ပါသည်။ ကျွန်ုပ်တို့သည် စိတ်ငြိမ်ဆေးကို ပြန်လည်ရပ်ဆိုင်းအောင် ပြုလုပ်မရနိုင်ပါ။ ကျွန်ုပ်တို့သည် သင့်ကလေး၏ အသက်ရှူခြင်းကို အထောက်အကူပြုပေးရန် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။ သင့်ကလေးသည် အရေးပေါ်အသက်ကယ်ရန်မလိုအပ်သည့် အခြေအနေရှိပါသည်။

- သင့်ကလေး၏ အသက်ရှူခြင်းကို အထောက်အကူပြုပေးရန်အတွက် သင့်ကလေးသည် အသက်ရှူသွင်းပိုက်အသုံးပြုနည်းစနစ် လိုအပ်နိုင်ပါသည်။
- သင့်ကလေး၏ သွေးဖိအားကို အထောက်အကူပြုပေးရန်အတွက် သင့်ကလေးသည် ဆေးဝါးများ လိုအပ်နိုင်ပါသည်။

စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုမှုသည် ကလေးများ၏ ခန္ဓာကိုယ်အတွင်း မရှိတော့သည့်အခါ သင့်ကလေး၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာ ကုသမှုနှင့် အရေးပေါ်အသက်ကယ်ရန်မလိုအပ်သည့် အခြေအနေကို ပြန်လည်ချင့်တွက်ဆုံးဖြတ်မည်ဖြစ်ပါသည်။

ဤလုပ်ငန်းစဉ်၏ အကျိုးကျေးဇူးများ-

- သင့်ကလေး၏ စိုးရိမ်ထိတ်လန့်မှုနှင့် ကြောက်ရွံ့မှုကို ရပ်တန့်စေနိုင်ပါသည်။
- စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း အိပ်ချင်ငိုက်မြည်းမှုကို ဖြစ်ပေါ်စေသည်။
- သင့်ကလေးအား စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း လှုပ်ရှားမှုပြုလုပ်ခြင်းကို ရပ်တန့်စေသည်။
- စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း နာကျင်မှု သို့မဟုတ် မသက်မသာခံစားရမှုကို တားစီးပေးသည်။

သင့်ကလေးသည် အဆိုပါ အကျိုးကျေးဇူးများအနက် တစ်ခုခုကို ရရှိမည်ဖြစ်ကြောင်း သင့်ဆရာဝန်က ကတိပေးနိုင်ပါသည်။ သင့်ကလေးအတွက် အကျိုးကျေးဇူးများသည် ရရှိလာနိုင်သည့် ဘေးအန္တရာယ်များနှင့် ထိုက်တန်မှုရှိမရှိကို သင်ကသာ ဆုံးဖြတ်နိုင်ပါသည်။

စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုခြင်း၏ ဘေးအန္တရာယ်-

မည်သည့်လုပ်ငန်းစဉ်ကမျှ လုံးဝအန္တရာယ်ကင်းသည်ဟူ၍မရှိပါ။ အချို့ ဘေးအန္တရာယ်များကို ကောင်းစွာလေ့လာသိရှိထားပြီးဖြစ်ပါသည်။ သင့်ဆရာဝန်က မျှော်မှန်းမရနိုင်သည့် ဤစာရင်းအတွင်း၌ ထည့်သွင်းထားသော ဘေးအန္တရာယ်များရှိနိုင်ပါသည်။

အတိအကျဖော်ပြထားသည့် ဤစိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုမှုဆိုင်ရာ ဘေးအန္တရာယ်များ-

- စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုမှုအတွက် အသုံးပြုထားသည့် ဆေးဝါးများနှင့် ဓာတ်မတည့်သော တုန်ပြန်မှု၊ ဤသို့ဖြစ်ခြင်းကို ကုသရန်အတွက် ဆေးဝါးလိုအပ်နိုင်ပါသည်။
- ပျို့ခြင်းနှင့် အော့အန်ခြင်း၊ ဤသို့ဖြစ်ခြင်းကို ကုသရန်အတွက် ဆေးဝါးလိုအပ်နိုင်ပါသည်။

Patient Name:

Date of Birth:

- အိပ်ချင်ငိုက်မြည်းမှုသည် မျှော်မှန်းထားသည်ထက် ပိုမိုကြာမြင့်နိုင်သည်။
- ဤဆေးဝါးသည် သင့်ကလေးအား စိတ်လှုပ်ရှားမှုကိုဖြစ်စေနိုင်သည်။ ဤသည်မှာ ဖြစ်နေကျ အခြေအနေမဟုတ်ပါ။
- သင့်ကလေးသည် အစာအိမ်အတွင်းရှိ အရာများကို အဆုတ်အတွင်းသို့ အန်မိနိုင်သည်။ ဤသို့ဖြစ်ခြင်းက အဆုတ်ရောင်ရောဂါကို ဖြစ်စေနိုင်သည်။
- သင့်ကလေး၏ အသက်ရှူခြင်းသည် နှေးကွေးနိုင်ပြီး သူတို့၏ သွေးဖိအားကို ပြောင်းလဲပေးနိုင်သည်။ ဤသို့ဖြစ်ခြင်းကို ကုသရန်အတွက် ဆေးဝါးလိုအပ်နိုင်သည်။

**အောက်ပါတို့ကို လုပ်ဆောင်ပါက စိတ်ငြိမ်ဆေးနှင့်အတူ ဆက်စပ်သည့် ဘေးအန္တရာယ်များ ပိုမိုများပြားလာနိုင်သည်-**

- သင့်ကလေးသည် သတ်မှတ်ထားသည့်အချိန်နောက်ပိုင်းတွင် အစာစားလျှင် သို့မဟုတ် အရည်သောက်လျှင်။
- သင့်ကလေးတွင် အဆုတ် သို့မဟုတ် အခြားသော ကူးစက်မှုရှိလျှင်။
- သင့်ကလေးတွင် အာသီးများ သို့မဟုတ် လျှာ ရောင်ရမ်းနေလျှင်၊ သို့မဟုတ် အသက်ရှူသွင်းခြင်းနှင့်ဆိုင်သည့် အခြားပြဿနာများရှိလျှင်။

**သင့်ကလေးအတွက် အတိအကျ သတ်မှတ်ထားသည့် ဘေးအန္တရာယ်များ-**

---



---



---

**စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုမှုကို အစားထိုးရန်နည်းစနစ်များ-**

- သင့်ကလေးအတွက် စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းစဉ်ကို မပြုလုပ်ရန်အတွက် သင်ဆုံးဖြတ်ပေးနိုင်သည်။
- အချို့သော လုပ်ငန်းစဉ်များကို အထွေထွေသုံး မေ့ဆေးပေးခြင်းဖြင့် လုပ်ဆောင်နိုင်ပါသည်။

**သင်သည် ကုသမှုလုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုမှုကို မရွေးချယ်လျှင်-**

- သင်သည် စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းစဉ်ကို အချိန်ရွှေ့ဆိုင်းလျှင် သင့်ကလေး၏ ရောဂါလက္ခဏာများ သို့မဟုတ် အခြေအနေသည် ပိုမိုဆိုးလာနိုင်သည်။
- နောက်ရက်တစ်ရက်တွင် လုပ်ငန်းစဉ် သို့မဟုတ် စစ်ဆေးမှုကို သင်ပြန်လည်စီစဉ်နိုင်သည်။

**အထွေထွေ အချက်အလက်များ-**

လုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း ဆရာဝန်သည် နောက်ထပ် စစ်ဆေးမှုများ သို့မဟုတ် ကုသမှုကို ပြုလုပ်ရန် လိုအပ်နိုင်သည်။

ကျောင်းသားများ၊ နည်းပညာပိုင်းဆိုင်ရာ အရောင်းစာရေးများနှင့် အခြား ဝန်ထမ်းများသည် လုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း ရှိနေနိုင်သည်။ သင့်ကလေး၏ ဆရာဝန်သည် ၎င်းတို့ကို ကြီးကြပ်စီမံမည်ဖြစ်သည်။

လုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း ရုပ်ပုံများနှင့် ဗီဒီယိုများ၊ သင့်ကလေး၏ ဆေးဘက်ဆိုင်ရာမှတ်တမ်းသို့ ၎င်းတို့ကို ထည့်သွင်းနိုင်သည်။ ၎င်းတို့ကို သင်ကြားမှုရည်ရွယ်ချက်များအတွက် ထုတ်ဝေနိုင်သည်။ သင့်ကလေး၏ ပုဂ္ဂိုလ်ရေးဆိုင်ရာအချက်အလက်ကို ကာကွယ်ပေးမည်ဖြစ်သည်။

Patient Name: \_\_\_\_\_

Date of Birth: \_\_\_\_\_

**ဤပုံစံတွင် လက်မှတ်ထိုးခြင်းဖြင့် ကျွန်ုပ်သည် အောက်ပါတို့အတွက် သဘောတူပါသည်-**

- ကျွန်ုပ်သည် ဤပုံစံကို ဖတ်ရှုပြီးဖြစ်သည် သို့မဟုတ် ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်သည့် စကားလုံးများဖြင့် ကျွန်ုပ်အား ရှင်းလင်းပြောဆိုပြီးဖြစ်သည်။
- ပါဝင်သည့် အကြောင်းအရာများ ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်သည် ဆရာဝန်နှင့် ပြောဆိုဆွေးနွေးရန် အချိန်ရခဲ့ပါသည်။ ကျွန်ုပ်၏ မေးခွန်းများကို ဖြေကြားပေးခဲ့ပါသည်။
- ကျွန်ုပ်၏ ကလေးအတွက် အောက်ပါတို့ကို လုပ်ဆောင်ပေးစေလိုပါသည်- **နောက်ဆက်တွဲ စစ်ဆေးမှု သို့မဟုတ် လုပ်ငန်းစဉ်အတွက် ကုသမှုလုပ်ငန်းစဉ်အတွင်း စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုမှု** \_\_\_\_\_

- ကျွန်ုပ်၏ ဆရာဝန်သည် စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုမှုလုပ်ဆောင်ရာတွင် အရည်အချင်းများတူညီသည့် အခြားဆရာဝန်တစ်ဦးဦးကို တောင်းဆိုနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။
- အလုပ်သင်ဆရာဝန်များ၊ သို့မဟုတ် အခြား ဝန်ထမ်းများအပါအဝင် အခြားဆရာဝန်များသည် စိတ်ငြိမ်ဆေးအသုံးပြုမှုတွင် ကူညီပေးနိုင်ကြောင်း ကျွန်ုပ်နားလည်သဘောပေါက်ပါသည်။ လုပ်ငန်းတာဝန်ကို ၎င်းတို့၏ ကျွမ်းကျင်မှုအဆင့်အပေါ် အခြေခံ၍ လုပ်ဆောင်ပါမည်။ ကျွန်ုပ်ကလေး၏ ဆရာဝန်သည် ၎င်းတို့ကို ကြီးကြပ်စီမံမည်ဖြစ်သည်။

မိဘ/အုပ်ထိန်းသူ လက်မှတ်- \_\_\_\_\_ ရက်စွဲ- \_\_\_\_\_ အချိန်- \_\_\_\_\_

တော်စပ်ပုံ-  အသက်မပြည့်သည့် မိဘ  အနီးဆုံး ဆွေမျိုးတော်စပ်သူ (တော်စပ်ပုံ) \_\_\_\_\_  အုပ်ထိန်းသူ/POA ကျန်းမာရေး စောင့်ရှောက်မှု

**စောင့်ရှောက်မှုပံ့ပိုးသူအတွက်သာ အသုံးပြုရန်- (For Provider Use ONLY):**

The sedation team has explained the nature, purpose, risks, benefits, possible consequences of non-treatment, alternative options, and possibility of complications and side effects of the intended intervention. I have answered questions, and patient's parent has agreed to procedural sedation.

Provider signature: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

**Teach Back:**

Parent shows understanding by stating in his or her own words:

\_\_\_\_\_ Reason(s) for the procedural sedation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Benefit(s) of sedation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Risk(s) of sedation: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Alternative(s) to sedation: \_\_\_\_\_

**OR**

\_\_\_\_\_ Parent elects not to proceed: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_  
(Parent signature)

Validated/Witness: \_\_\_\_\_ Date: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_