

ຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບພໍ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ

ຊື່ຂອງເດັກ:	ເລກກຳລະນີ :
ຊື່ຂອງແມ່ນັກງານກຳກັບເລື່ອງ:	ຊື່ຂອງອົງການ:

ຄຳແນະນຳໃນການປະກອບຟອມ:

- ຂຽນໃຫ້ຊັດເຈນ - ໃຊ້ນັ້ງເນີກ.
- ຕື່ມຂໍ້ມູນໃຫ້ຄົບຖ້ວນທຸກຂໍ້. ຖ້າຫາກ ທ່ານບໍ່ຮູ້ຄຳຕອບໃນຂໍ້ໃດໜຶ່ງ, ໃຫ້ບອກວ່າ "ບໍ່ຮູ້";
- ແບບຟອມ AD 67A ແມ່ນແບບຖອກເປັນສອງພາກສ່ວນ. ພາກສ່ວນທີ I ປະກອບດ້ວຍຂໍ້ມູນ "ທີ່ບົ່ງເຖິງຕົວບຸກຄົນ" ແລະຈະຖືກເກັບເປັນຄວາມລັບ. ບໍ່ມີຂໍ້ມູນໃດໜຶ່ງທີ່ຈະຖືກເອົາໃຫ້ແກ່ເດັກທີ່ຈະຖືກເອົາໄປລ້ຽງເປັນລູກ ທີ່ ພໍ່ແມ່ບຸນທຳຂອງເດັກ ເວັ້ນແຕ່ວ່າ ທ່ານໄດ້ໃຫ້ຄຳອະນຸຍາດເປັນລາຍລັກອັກສອນໃຫ້ແກ່ເດັກ. ພາກສ່ວນທີ II ປະກອບດ້ວຍຂໍ້ມູນ "ທີ່ບໍ່ລະບຸເຖິງຕົວບຸກຄົນ" ຊຶ່ງກ່ຽວກັບຄວາມເປັນນາຂອງທ່ານ ແລະປະຫວັດສະໄພ. ກົດໝາຍວາດວຍກຳນົດເອົາເດັກມາລ້ຽງເປັນລູກບຸນທຳ ຮັຖຸຄາລິຟໍເນຍີ່ ກຳນົດວ່າ ສຳເນົາຂອງພາກສ່ວນທີ II ຈະໄດ້ຖືກເອົາໃຫ້ແມ່ບຸນທຳຂອງລູກຂອງທ່ານ ກ່ອນໝາທີ່ຈະມີຄຳພິພາກສາສຸດທ້າຍ ແລະ ເມື່ອມີຄຳຮຽກຮອງທີ່ເປັນລາຍລັກອັກສອນຂອງລູກບຸນທຳ ເມື່ອລາວອາຍຸຮອດ 18 ປີ.
- ຂໍ້ມູນທັງໝົດທີ່ຮຽກຮອງຂໍ້ໃນແບບຟອມນີ້ແມ່ນເພື່ອໃຫ້ການຮັບເດັກໄປລ້ຽງເປັນລູກບຸນທຳສຳເລັດສົມບູນ.

ພາກສ່ວນທີ I — ຂໍ້ມູນທີ່ບົ່ງເຖິງຕົວບຸກຄົນທີ່ກ່ຽວກັບພໍ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ

A. ຊື່/ທີ່ຢູ່:

ຊື່ຂອງພໍ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)				ຊື່ອື່ນໆ
ເລກປະກັນສັງຄົມ	ເລກໃບອະນຸຍາດຂັບລົດ	ວັນເດືອນປີເກີດ (ເດືອນ, ວັນ, ປີ)	ສະຖານທີ່ເກີດ (ເມືອງ, ຣັຖ, ປະເທດ)	
ທີ່ຢູ່ໂຕຈຸບັນ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ຣັຖ, ລະຫັດໄປສະນີ)				ເລກໂທລະສັບ ()
ທີ່ຢູ່ຖາວອນທາງໄປສະນີ (ຖະໜົນ, ເມືອງ, ຣັຖ, ລະຫັດໄປສະນີ) *				ເລກໂທລະສັບຖາວອນ ()
ຂໍ້ຈຳກັດສຳລັບການນຳໃຊ້ທີ່ຢູ່ຖາວອນທາງໄປສະນີ. ຖ້າວ່າມີ				

B. ພໍ່ແມ່ຂອງພໍ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ

ຊື່ແມ່ຂອງພໍ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)			ຊື່ພໍ່ຂອງພໍ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ)		
ທີ່ຢູ່	ຖະໜົນ,	ເມືອງ	ທີ່ຢູ່	ຖະໜົນ,	ເມືອງ
ຣັຖ,	ລະຫັດໄປສະນີ		ຣັຖ,	ລະຫັດໄປສະນີ	
ແມ່ຂອງທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບການຍົກລູກໃຫ້ຜູ້ອື່ນເອົາໄປລ້ຽງເປັນລູກບຸນທຳນີ້ບໍ່?			ພໍ່ຂອງທ່ານຮູ້ກ່ຽວກັບການຍົກລູກໃຫ້ຜູ້ອື່ນເອົາໄປລ້ຽງເປັນລູກບຸນທຳນີ້ບໍ່?		
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້			<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ຮູ້		
ຖ້າຫາກໃນອະນາຄົດ ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງຕິດຕໍ່ທ່ານ, ພວກເຮົາສາມາດຕິດຕໍ່ແມ່ຂອງທ່ານເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ແມ່ນບໍ່?			ຖ້າຫາກໃນອະນາຄົດ ພວກເຮົາຈຳເປັນຕ້ອງຕິດຕໍ່ທ່ານ, ພວກເຮົາສາມາດຕິດຕໍ່ພໍ່ຂອງທ່ານເພື່ອຂໍຄວາມຊ່ວຍເຫຼືອໄດ້ແມ່ນບໍ່?		
<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		

C. ຄວາມເປັນພໍ່ແມ່ຂອງເດັກທີ່ຍັງບໍ່ຮອດກະສຽນເປັນຜູ້ໃຫຍ່

ທ່ານແລະແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດຂອງເດັກນັ້ນເຄີຍແຕ່ງງານກັນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າວ່າ ເຄີຍ, ບອກວັນທີ ແລະ ສະຖານທີ່ແຕ່ງງານ: _____

ຖ້າວ່າຢ່າຮາງ, ບອກວັນທີ ແລະ ສະຖານທີ່ຢ່າຮາງ: _____.

ທ່ານ ແລະ ແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດຂອງເດັກນັ້ນເຄີຍພະຍາຍາມທີ່ຈະແຕ່ງງານກັນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າວ່າເຄີຍ, ຈົ່ງອະທິບາຍ. _____

ປັດຈຸບັນນີ້ ທ່ານໄດ້ແຕ່ງງານກັບແມ່ຜູ້ໃຫ້ກຳເນີດຂອງເດັກນັ້ນແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

D. ລູກຄົນອື່ນໆ:

ທ່ານມີລູກຄົນອື່ນໆ ອີກບ່ອນອາກາລູກທີ່ກຳລັງຈະຖືກເອົາໄປລ້ຽງເປັນລູກບຸນທຳນັ້ນ? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ

ຖ້າວ່າມີ, ຈົ່ງປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ຂາງລຸ່ມນີ້.

ຊື່ຂອງເດັກ	ເພດ ຊ ຍ	ໝາຍ (✓) ຖ້າວ່າມີສາຍເລືອດກ່ຽວພັນກັບເດັກ ທີ່ຈະຖືກເອົາໄປລ້ຽງ ເດັກສາຍເລືອດ	ວັນເດືອນປີເກີດ ຂອງເດັກ	ໃຜກຳລັງດູແລເດັກຄົນນີ້? (ໃຫ້ບອກຄວາມສຳພັນຂອງຜູ້ເບິ່ງແຍງຕໍ່ກັບເດັກ)
1.				
2.				
3.				
4.				

* ໝາຍເຫດ: ມັນສຳຄັນທີ່ທ່ານຈະຕ້ອງແຈ້ງໃຫ້ທາງກະຊວງປະຊາສົ່ງເຄາະຮູ້ເຖິງການປ່ຽນແປງໃດໆ ກ່ຽວກັບທີ່ຢູ່ຖາວອນທາງໄປສະນີຂອງທ່ານ.

E. ປະຫວັດດ້ານການມີເຊື້ອສາຍອາເມລິກັນອິນດຽນແດງ:

ມີໃຜໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ ບໍ່ວ່າຈະເປັນຜົນກຸ້ນທາງແມ່ ຫຼື ທາງພໍ່ຂອງທ່ານ ທີ່ມີເຊື້ອສາຍອາເມລິກັນ ອິນດຽນແດງ ບໍ່? ຄື ບໍ່ຄື
ຖ້າວ່າມີ, ໃຫ້ປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ໃນຝອນທີ່ເໝາະສົມ (JV-135/ADOPT-226)
ຖ້າວ່າມີ, ຊົນເຜົ່າຫຍັງ..... ສະຖານທີ່ຕັ້ງຂອງຊົນເຜົ່ານີ້ຢູ່ໃສ.....
ທ່ານ ຫຼື ພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານ ໃນປັດຈຸບັນນີ້ ໄດ້ລົງທະບຽນກັບຊົນເຜົ່າ ຫຼື ມີບັນພະບູລຸດຄົນໃດບໍ່ທີ່ເຄີຍລົງທະບຽນເຂົ້າໃນຊົນເຜົ່າ? ຄື ບໍ່ຄື
ຖ້າວ່າມີ, ໝາຍເລກລົງທະບຽນຂອງທ່ານ ຫຼື ຂອງເຂົາເຈົ້າ ແມ່ນຫຍັງ.....
ທ່ານ, ພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານ, ພໍ່ເຖົ້າແມ່ເຖົ້າຂອງທ່ານ ຫຼື ບັນພະບູລຸດຄົນໃດໆ ໄດ້ເຄີຍມີໃບຢັ້ງຢືນການມີລະດັບສາຍເລືອດຂອງຊົນເຜົ່າອິນດຽນແດງ (CDIB) ບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
ຖ້າວ່າມີ, ກະຮຸນາຄັດຕິດສໍາເນົາຂອງ CDIB ໃສ່ຄໍາຖາມຂໍ້ນີ້.

F. ການໃຫ້ຄໍາປຶກສາດ້ານຈິດໃຈ:

ທ່ານເຄີຍໄປຫາໝໍໂຮກຈິດ, ໝໍບໍາບັດທາງຈິດ, ພະນັກງານສັງຄົມສົງເຄາະ ຫຼື ທີ່ປຶກສາອື່ນໆ ເນື່ອງຈາກບັນດາດ້ານອາລົມ ຫຼື ດ້ານຈິດ ຊຶ່ງທ່ານອາດເຄີຍມີ ບໍ່? ເຄີຍ ບໍ່ເຄີຍ
ຖ້າວ່າມີ, ປະກອບຂໍ້ມູນໃສ່ຫົວຂໍ້ຕໍ່ໄປນີ້.

ວັນທີ ແລະເຂດພື້ນສໍາລັບການປຶ້ມປິດ:

ຊື່ຂອງນັກບໍາບັດ ແລະ ຫຼື ອົງການທີ່ໃຫ້ການປຶ້ມປິດ:

ສະຖານທີ່:

ໃຫ້ບອກຊື່ຢ່າຕ່າງໆ ທີ່ທ່ານນໍາໃຊ້ໃນລະຫວ່າງການປຶ້ມປິດ:

ເຫດຜົນສໍາລັບການຢຸດການປຶ້ມປິດ ຖ້າວ່າບໍ່ໄດ້ປຶ້ມປິດອີກຄັ້ງໄປແລ້ວ:

G. ຄໍາຖາມກ່ຽວກັບການຮັບເດັກເປັນລູກບຸນທໍາ: (ສໍາລັບການຮັບເດັກເປັນລູກບຸນທໍາແບບເປັນອິດສະຫຼະເທົ່ານັ້ນ)

- ທ່ານມີທະນາຍຄວາມຂອງທ່ານເອງໃນລະຫວ່າງການຮັບເດັກເປັນລູກບຸນທໍາແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ທະນາຍຄວາມຂອງທ່ານຍັງແມ່ນທະນາຍຄວາມໃຫ້ແກ່ພໍ່ແມ່ທີ່ຮັບເດັກມາລ້ຽງເປັນລູກແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ບໍ່ຮູ້
- ໃຜເປັນຜູ້ຈ່າຍຄ່າໃຊ້ຈ່າຍສໍາລັບການຕັ້ງທ້ອງນີ້, ການເບິ່ງແຍງກ່ອນຄອດລູກ, ແລະການຄອດລູກ ແລະຄ່າໃຊ້ຈ່າຍອື່ນໆ?
- ຈ່າຍໃຫ້ເທົ່າໃດ? (ກະຮຸນາບອກ ຖ້າວ່າບໍ່ຮູ້)
- ກົດໝາຍວ່າດ້ວຍການຮັບເອົາເດັກມາລ້ຽງເປັນລູກແຕ່ງອັຖາລາລິຝເນັຊ ກໍາມິດວ່າ ພໍ່ແມ່ທີ່ໃຫ້ກໍາເນີດເດັກ ຊຶ່ງເປັນຜູ້ຍົກລູກໃຫ້ຜູ້ອື່ນເອົາໄປລ້ຽງນັ້ນຕ້ອງມີຄວາມຮູ້ສ່ວນຕົວກ່ຽວກັບຂໍ້ມູນດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ ກ່ຽວກັບພໍ່ແມ່ທີ່ຈະເປັນຜູ້ຮັບເອົາເດັກໄປລ້ຽງເປັນລູກໃນແງຕາງໆ: ຊື່ທີ່ຖືກຕ້ອງຕາມກົດໝາຍຂອງເຂົາເຈົ້າ; ອາຍຸ; ສາສະໜາ, ເຊື້ອຊາດ ຫຼື ຊົນເຜົ່າ; ລະຍະເວລາຂອງການແຕ່ງງານຢູ່ກັນກັນໃນປັດຈຸບັນ ແລະເຄີຍແຕ່ງງານມາຈັກເທື່ອ; ວຽກງານຂອງເຂົາເຈົ້າ; ມີເດັກ ຫຼື ຜູ້ໃຫຍ່ຄົນອື່ນໆ ອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງເຂົາເຈົ້າຫຼືບໍ່; ມີລາຄາຄົນອື່ນໆ ທີ່ບໍ່ໂດຍອາໄສຢູ່ໃນເຮືອນຂອງເຂົາເຈົ້າ ແລະເຂົາເຈົ້າມີພັນທະຕ້ອງໂດຍຈ່າຍຄ່າລ້ຽງດູສຳລັບເດັກເທົ່ານັ້ນ ແລະ ເຂົາເຈົ້າໂດຍຈ່າຍຄ່າລ້ຽງດູລູກນັ້ນຄົບທຸກຄັ້ງ ຫຼືບໍ່; ເຂົາເຈົ້າມີສະພາບເງື່ອນໄຂທາງສຸຂະພາບ ຫຼື ຈະເຮັດໃຫ້ເຂົາເຈົ້າມີຊີວິດສັ້ນລົງຫຼືບໍ່, ຫຼື ບອກຫຍັງກ່ຽວກັບກິດຈະກຳປະຈຳວັນຂອງເຂົາເຈົ້າ; ມີຄວາມຜິດທາງອາຊະຍາກັນໃດໆທີ່ບໍ່ນອກຈາກການຝ່າຝົນກິດຈາລະຈອນແບບເລັກໆນອຍໆ; ເຄີຍມີປະຫວັດວ່າຖືກລະວັບບໍ່ໃຫ້ດູແລເດັກເນື່ອງຈາກມີການຂົ່ມເຫັງທໍາຮາຍ ຫຼື ປະລະເດັກ ຫຼືບໍ່; ແລະເຂດທີ່ຢູ່ອາໄສທົ່ວໄປຂອງເຂົາເຈົ້າ, ຫຼື ຖ້າຫາກ ຮອງຂໍ, ທີ່ຢູ່ຂອງເຂົາເຈົ້າ.
- ທ່ານມີຢ່າງໜ້ອຍຂໍ້ມູນນີ້ກ່ຽວກັບພໍ່ແມ່ທີ່ຈະຮັບເອົາເດັກມາລ້ຽງເປັນລູກ ຫຼືບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ມີຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມຫຍັງບໍ່ທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ຫຼື ຢາກໂດ້ກ່ຽວກັບພໍ່ແມ່ທີ່ຈະຮັບເອົາເດັກໄປລ້ຽງນັ້ນ?
- ທ່ານເຄີຍໄດ້ພົບປະກັບພໍ່ແມ່ທີ່ຈະຮັບເອົາເດັກໄປລ້ຽງເປັນລູກບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ
- ຖ້າວ່າເຄີຍ, ທ່ານຮູ້ຈັກເຂົາເຈົ້າດີປານໃດ?

ລາຍເຊັນຂອງຜູ້ໃຫ້ກໍາເນີດເດັກ

ວັນທີທີ່ປະກອບຂໍ້ມູນຄົບຖ້ວນ

ຂໍ້ມູນຂ້າງເທິງນີ້ຖືກຈັດຫາໃຫ້ໂດຍ: (ໝາຍໃສ່ກ່ອນທີ່ກ່ຽວຂ້ອງ)

ແມ່ຜູ້ໃຫ້ກໍາເນີດເດັກ ພໍ່ຜູ້ໃຫ້ກໍາເນີດ ຜູ້ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ)

F. ປະຫວັດສະໄຫມສ່ວນຕົວ:

ຈົ່ງອະທິບາຍສະພາບທີ່ວ່າໄປຂອງທ່ານ

ໃນວັນເດັກ ທ່ານມີພະຍາດຫຍັງແດ່? ໄອໄກ ໄອ້າມ ຕິດເຊື້ອໃນຫູ ໄອ້ຮຸນາຕິກ
 ໝາກສຸກ: ໝາກແດງນ້ອຍ (3 ວັນ) ຄາງພູມ ໄອ້ຟິນກູຫຼາບ (ROSEOLA) ສະໝອງອັກເສບ ສຽງຫົວໃຈຜິດປົກກະຕິ (HEART MURMUR) ການຕິດເຊື້ອໃນທາງເດີນປີ້າສະວະ
 ຫັດຮູບປີ້າອາດ (2 ອາທິດ) ໝາກສຸກ ຫອບປິດ ເຍື່ອຫຸ້ມສະໝອງອັກເສບ ໄອ້ດຳແດງ (SCARLET FEVER)
 ອື່ນໆ (ລະບຸ)

ເຄີຍໄດ້ຮັບການຜ່າຕັດຕັ້ງໃຫຍ່ບໍ່? ເຄີຍ ບໍ່ເຄີຍ ຖ້າວ່າເຄີຍ, ເນື່ອງມາຈາກການຜ່າຕັດປັນແນວໃດ/ແລະເນື້ອໃດ? ທ່ານແມ່ນ ແຜ່ດສອງ ແຜ່ດສາມ ແຜ່ດຫຼາຍຄົນອື່ນ

ທ່ານແມ່ນ ແຜ່ດແທ້ ຫຼື ແຜ່ດທຽມ

ທ່ານໄດ້ກິນເຫຼົ້າ, ສູບຢາ ຫຼື ໃຊ້ຢາເສບຕິດອື່ນໆ ບໍ່ກ່ອນໜ້າທີ່ຈະຕັ້ງຫ້ອງເດັກຄົນນີ້? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າວ່າແມ່ນ, ບອກປະເພດຂອງຢາເສບຕິດ, ໃຊ້ດົນປານໃດ ແລະເລື້ອຍປານໃດ.

G. ປະຫວັດຄອບຄົວ:

ທ່ານ ຫຼື ສະມາຊິກຄົນໃດໃນຄອບຄົວບໍ່ດຽວຂອງທ່ານໄດ້ເປັນລູກບຸນທ່າແມ່ນບໍ່? ແມ່ນ ບໍ່ແມ່ນ ຖ້າວ່າແມ່ນ, ກະຮຸນາບອກວ່າແມ່ນໃຜ

	ພໍ່ໂດຍສາຍເລືອດຂອງທ່ານ				ແມ່ໂດຍສາຍເລືອດຂອງທ່ານ			
	ພໍ່	ແມ່	ພໍ່	ແມ່	ພໍ່	ແມ່	ພໍ່	ແມ່
ອາຍຸປັດຈຸບັນ								
ຖ້າເສັຽຊີວິດ, ອາຍຸຕອນເສັຽຊີວິດ								
ສາເຫດການເສັຽຊີວິດ.....								
ລວງສູງ & ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ
ສີຜິວ ແລະລັກສະນະເສັ້ນຜິວ								
ສີຕາ.....								
ສີຜິວ.....								
ຖະນັດມືຊ້າຍ ຫຼື ຂວາ.....								
ລັກສະນະເດັ່ນພິເສດ								
ລະດັບການສຶກສາທີ່ຮຽນຈົບ								
ອາຊີບ.....								
ເຊື້ອຊາດ/ຊົນເຜົ່າ	<input type="checkbox"/> ຄົນຂາວ <input type="checkbox"/> ຮີສແປນິກ <input type="checkbox"/> ຄົນດຳ <input type="checkbox"/> ຝີລິບປິນ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <input type="checkbox"/> ອາຊີ ຫຼື ແປຊີຟິກໄອແລນເດີ <input type="checkbox"/> ອາເມລິກັນອິນດຽນແດງ ຫຼື ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສະກາ				<input type="checkbox"/> ຄົນຂາວ <input type="checkbox"/> ຮີສແປນິກ <input type="checkbox"/> ຄົນດຳ <input type="checkbox"/> ຝີລິບປິນ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ <input type="checkbox"/> ອາຊີ ຫຼື ແປຊີຟິກໄອແລນເດີ <input type="checkbox"/> ອາເມລິກັນອິນດຽນແດງ ຫຼື ຊາວພື້ນເມືອງອາລາສະກາ			
ສັນຊາດ.....								
ສາສະໜາ.....								
ພໍ່ແມ່ນີ້ຮັບຮູ້ການຖືພາບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ				<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ			
ທ່ານມີອ້າຍນ້ອງຈັກຄົນ?.....								
ຖ້າຫາກ ປ່າຫຼືລູງຂອງທ່ານເສັຽຊີວິດ, ຈົ່ງບອກອາຍຸໃນເວລາທີ່ເສັຽຊີວິດ ແລະສາເຫດຂອງການເສັຽຊີວິດ								
	ພໍ່ຂອງພໍ່ຂອງທ່ານ				ພໍ່ຂອງແມ່ຂອງທ່ານ			
	ພໍ່	ແມ່	ພໍ່	ແມ່	ພໍ່	ແມ່	ພໍ່	ແມ່
ອາຍຸ.....								
ຖ້າຫາກເສັຽຊີວິດ, ອາຍຸຕອນເສັຽຊີວິດ ແລະສາເຫດການເສັຽຊີວິດ.....								
ບັນຍາຍລັກສະນະຮ່າງກາຍ								
ລວງສູງ & ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ
ລັກສະນະເດັ່ນພິເສດ								
ລະດັບການສຶກສາທີ່ຮຽນຈົບ								
ອາຊີບປັດຈຸບັນ ຫຼື ໃນອະດີດ								
ເຂົາ/ລາວຮັບຮູ້ເຖິງການຖືພາບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ		<input type="checkbox"/> ແມ່ນ <input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	

G. ປະຫວັດຄອບຄົວ: (ຕໍ່)

ອ້າຍນ້ອງຂອງທ່ານ

(ຖ້າຫາກທ່ານມີຜົນອ້ອງຫຼາຍກວ່າ 4 ຄົນ, ກະຮຸນາຂຽນໃສ່ເຈ້ຍຕື່ມ)

	1		2		3		4	
ເພດ (ຊາຍ ຫຼື ຍິງ)								
ອາຍຸ.....								
ຖ້າວ່າເສັຽຊີວິດ, ອາຍຸຕອນເສັຽຊີວິດ ແລະສາເຫດການເສັຽຊີວິດ								
ເປັນຜົນອ້ອງເຕັມສາຍເລືອດ ຫຼື ເຄິ່ງໜຶ່ງກັບທ່ານ?	<input type="checkbox"/> ເຕັມ	<input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ	<input type="checkbox"/> ເຕັມ	<input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ	<input type="checkbox"/> ເຕັມ	<input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ	<input type="checkbox"/> ເຕັມ	<input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ
ລວງສູງ ແລະນ້ຳໜັກ.....	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ
ສີຜິມແລະລັກສະນະເສັ້ນຜິມ								
ສີຕາ.....								
ສີຜິວ.....								
ວຽກຍາມຫວ່າງ ແລະ ພອນສະຫວັນ.....								
ຊັ້ນຮຽນສຸດທ້າຍທີ່ຮຽນຈົບ								
ປັດຈຸບັນເຂົ້າໂຮງຮຽນບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ອາຊີບ								
ທ່ານຮັບຮູ້ເລື່ອງການຖືພາບໍ່?.....	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ສະຖານະການແຕ່ງງານ								
ຈຳນວນລູກທີ່ພວກເຂົາມີ								
ສຸຂະພາບຂອງລູກພວກເຂົາ								

ລູກຄົນອື່ນໆຂອງທ່ານ

(ຖ້າຫາກທ່ານມີລູກຫຼາຍກວ່າ 4 ຄົນ, ກະຮຸນາຂຽນໃສ່ເຈ້ຍຕື່ມ)

	ລູກຄົນທີ #1		ລູກຄົນທີ #2		ລູກຄົນທີ #3		ລູກຄົນທີ #4	
ໃຫ້ບອກວ່າເປັນລູກຊາຍ ຫຼື ລູກສາວ								
ວັນເດືອນປີເກີດ ຫຼື ອາຍຸ.....								
ເດັກຄົນນີ້ເປັນຜົນອ້ອງເຕັມສາຍເລືອດຫຼືເຄິ່ງໜຶ່ງ ຮວມກັບເດັກທີ່ຈະຖືກຮັບເອົາໄປລຽງ?	<input type="checkbox"/> ເຕັມ	<input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ	<input type="checkbox"/> ເຕັມ	<input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ	<input type="checkbox"/> ເຕັມ	<input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ	<input type="checkbox"/> ເຕັມ	<input type="checkbox"/> ເຄິ່ງໜຶ່ງ
ຖ້າວ່າເສັຽຊີວິດ, ອາຍຸຕອນເສັຽຊີວິດ								
ສາເຫດການເສັຽຊີວິດ.....								
ລວງສູງແລະນ້ຳໜັກ.....	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ	ລວງສູງ	ນ້ຳໜັກ
ສີຜິມແລະລັກສະນະເສັ້ນຜິມ								
ສີຕາ.....								
ສີຜິວ.....								
ຖະນັດນິຊ້າຍ ຫຼື ຂວາ.....								
ລະດັບຊັ້ນຮຽນໃນໂຮງຮຽນ								
ເດັກຄົນນີ້ອາໄສຢູ່ກັບທ່ານແມ່ນບໍ່?.....	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ
ວຽກຍາມຫວ່າງແລະພອນສະຫວັນ.....								
ສຸຂະພາບທົ່ວໄປ								
ການຜ່າຕັດຄັ້ງໃຫຍ່								
ບັນຫາສຸຂະພາບ								
ເດັກຄົນນີ້ຮັບຮູ້ເຖິງການຖືພາບໍ່?	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ແມ່ນ	<input type="checkbox"/> ບໍ່ແມ່ນ

H. ປະຫວັດສະໄຫວຂອງທ່ານ, ຂອງພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານ ແລະຂອງຍາດຜີ້ນ້ອງຄົນອື່ນໆ

ຈົ່ງລະບຸໂດຍການໝາຍໃສ່ກ່ອງທີ່ເໝາະສົມ ຖ້າຫາກ ທ່ານ ຫຼື ຍາດຜີ້ນ້ອງຄົນໃດໜຶ່ງ (ເຊັ່ນ ພໍ່ແມ່, ຜິສາວນ້ອງສາວ, ຜິຊາຍນ້ອງຊາຍ, ປ້າ, ລູງ, ພໍ່ເຖົ້າແມ່ເຖົ້າ, ລູກຄົນອື່ນໆທີ່ເກີດກັບທ່ານ, ອື່ນໆ) ເຄີຍມີ ຫຼື ດຽວນີ້ ມີສະພາບການເຈັບປ່ວຍທີ່ລະບຸໄວ້ລຸ່ມນີ້. ກະຮຸນາຕື່ມໃນພາກສ່ວນຄວາມຄິດເຫັນ. ຖ້າຫາກ ສະພາບການເຈັບປ່ວຍເຮັດໃຫ້ເກີດການເສັຽຊີວິດຂອງຄົນໃດໜຶ່ງໃນຄອບຄົວຂອງທ່ານ, ໃຫ້ບອກ ແລະ ບອກອາຍຸຂອງບຸກຄົນໃນເວລາທີ່ເສັຽຊີວິດ ໂດຍຕື່ມໃສ່ພາກສ່ວນຄວາມຄິດເຫັນ.

ສະພາບເງື່ອນໄຂທາງການແພດ	ບໍ່ມີ	ບໍ່ຮູ້	ມີຕົວເອງ	ມີ-ຍາດຜີ້ນ້ອງ (ໃຫ້ບອກຄວາມສຳພັນ)	ຄວາມຄິດເຫັນ
A. ຄວາມບົກຜ່ອງ ຫຼື ຜິດປົກກະຕິທາງໂຄໂມໂຊມອື່ນໆ					
1. ຂາເປ ຫຼື ບັນຫາກ່ຽວກັບກະດູກໃດໆ (ເຊັ່ນ ເກີນແບນ, ອື່ນໆ)					
2. ສົບແຫວງ (ສົບມີຮອຍຜາ) ຫຼື ເພດານປາກແຫວງ					
3. ປັນຍາອ່ອນ					
4. ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງໂຄໂມໂຊມອື່ນໆ					
5. ພາວະມີນ້ຳໃນໂພງສະໝອງ (Hydrocephalus)					
6. ໂຮກກ້າມເນື້ອເສື່ອມ					ບາງສ່ວນຂອງຮ່າງກາຍກ່ຽວຂ້ອງບໍ່? ອາຍຸຕອນທີ່ມີບັນຫາ?
7. ໂຮກເຕັ້ຮ (Dwarfism)					
8. ໂຮກຜິດປົກກະຕິຂອງໄຂກະດູກສັນຫຼັງ (Spina bifida)					
9. ໂຮກຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງຫົວໃຈແຕ່ກຳເນີດ					
10. ໂຮກເນັດເລືອດແດງຮູບກ່ຽວ					
11. ໂຮກຜິດປົກກະຕິທາງກຳມະຜົນ Tay-Sachs					
B. ໂຮກພູມແຜ່ຕ່າງໆ					ແຜ່ຫຍັງແດ່? ມີການປິ່ນປົວ ຫຼື ການໃຊ້ຢາຫຍັງ?
1. ໂຮກຜິວໜັງ ຫຼື ຜິດປົກກະຕິທາງຜິວໜັງ					
2. ໄຂ້ຈຳນ ຫຼື ແຜ່ສິ່ງອື່ນໆ					
3. ແຜ່ຢາ					ແຜ່ຕໍ່ຢາຫຍັງ?
4. ແຜ່ອາຫານ					ແຜ່ອາຫານຫຍັງແດ່?
C. ໂຮກຜິດປົກກະຕິທາງຕາ, ແຂ້ວ, ແລະ ພັດທະນາການ					
1. ຕາບອດ, ຕໍ່ຫິນ, ຕາບອດສີ ຫຼື ບັນຫາທາງສາຍຕາອື່ນໆ					
2. ແວ່ນສາຍຕາ ຫຼື ຄອນແຜັກເລັນ					ຈຳເປັນຕ້ອງໄດ້ໃຊ້ແວ່ນຕາຕອນອາຍຸເທົ່າໃດ?
ສາຍຕາສັ້ນ <input type="checkbox"/>					
ສາຍຕາຍາວ <input type="checkbox"/>					
ສາຍຕາອຽວ (ບໍ່ສາມາດຫາຈຸດກ້ຽວກາງໄດ້) <input type="checkbox"/>					
ຕາເຂ (ຕາເຫຼ) <input type="checkbox"/>					
ອື່ນໆ (ອະທິບາຍ) <input type="checkbox"/>					
3. ດັດແຂ້ວ ຫຼື ຈັດແຂ້ວ					ຖ້າເປັນແນວນັ້ນ, ການຈັດແຂ້ວໃຊ້ການໄດ້ບໍ່ ແລະດົນປານໃດ?

H. ປະຫວັດສະໄຫວຂອງທ່ານ, ພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານ ແລະຍາດພີ່ນ້ອງອື່ນໆ (ຕໍ່)

ສະພາບເງື່ອນໄຂທາງການແພດ	ບໍ່ມີ	ບໍ່ຮູ້	ມີ ຕົວເອງ	ມີ-ຍາດພີ່ນ້ອງ (ໃຫ້ອອກຄວາມສໍາພັນ)	ຄວາມຄິດເຫັນ
4. ຫູໜວກ ຫຼື ບັນຫາອື່ນໆກ່ຽວກັບຫູ					ມີການສຶກສາພິເສດບໍ່? ຖ້າວ່າມີ, ໃຫ້ອອກອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ.
5. ບັນຫາດ້ານການປາກເວົ້າ					
6. ບັນຫາດ້ານການຮຽນຮູ້					
7. ປັນຍາອ່ອນ: ທາງຈິດ ຫຼື ຮ່າງກາຍ					ມີວິນິດໃສ່ໂຮກບໍ່? ເຂົ້ານອນປີນປົວໃນໂຮງໝໍບໍ່?
D. ບັນຫາຄວາມບົກຜ່ອງດ້ານການໄຫຼວຽນຂອງເລືອດ					
1. ເລືອດແຂງຕົວຊ້າຜິດປົກກະຕິ (Hemophilia)					
2. ໂຮກເລືອດຈາງ ຫຼື ເມັດເລືອດແດງຮູບກ່ຽວ					
3. ຄວາມດັນເລືອດ (ຄວາມດັນເລືອດສູງ)					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ມີການປິ່ນປົວຫຍັງ? ເຂົ້ານອນປີນປົວໃນໂຮງໝໍບໍ່?
4. ອຳນະພາດ					
5. ຫົວໃຈວາຍ (ເສັ້ນເລືອດຫົວໃຈຕີບ)					
6. ໂຮກຂໍ້ກະດູກ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ຊະນິດໃດ? ສ່ວນໃດຂອງຮ່າງກາຍ?
7. ໂຮກໝາກໄຂ່ຫຼັງ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ມີການປິ່ນປົວຫຍັງ?
E. ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງຮໍໂນນ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ມີການປິ່ນປົວຫຍັງ?
1. ເບົາຫວານ					
2. ໄທຣອຍຜິດປົກກະຕິ					
3. ໂຮກອ້ວນ (ໜັກຫຼາຍໂພດ)					
F. ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງເດີນຫາຍໃຈ					ຮູ້ສຳເຫດບໍ່? ມີການປິ່ນປົວຫຍັງ?
1. ຫອບຫິດ					
2. ໂຮກຖົງລົມໂປ່ງພອງ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ?
3. ວັນນະໂຮກ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ຊະນິດໃດ? ສ່ວນໃດຂອງຮ່າງກາຍ?
G. ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງຈິດ ແລະຜິດຕິກຳ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ມີການປິ່ນປົວຫຍັງ? ເຂົ້ານອນປີນປົວໃນໂຮງໝໍບໍ່?
1. ຖືກວິນິດໄສວ່າເປັນໂຮກຈິດ					
2. ໂຮກອາລົມແປປວນ ດຽວສຸກດຽວເສົ້າ					
3. ການເຈັບປ່ວຍທາງຈິດອື່ນໆ. ຈິ່ງອະທິບາຍຕື່ມໂດຍໃຊ້ໝ້າຕື່ມ ຖ້າວ່າຈຳເປັນ					
4. ຕິດເຫຼົ້າ ຫຼື ຕື່ມຫຼາຍໂພດ					
5. ການນຳໃຊ້ຢາເສບຕິດ					ຊະນິດ, ຈຳນວນ, ແລະໃຊ້ເມື່ອໃດ?

H. ປະຫວັດສະໄຫວງທ່ານ, ຂອງພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານ ແລະຂອງຍາດພີ່ນ້ອງຄົນອື່ນໆ (ຕໍ່)

ສະພາບເງື່ອນໄຂທາງການແພດ	ບໍ່ມີ	ບໍ່ຮູ້	ມີ ຕົວເອງ	ມີ - ຍາດພີ່ນ້ອງ (ໃຫ້ບອກຄວາມສ່ຳພັນ)	ຄວາມຄິດເຫັນ
H. ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງຕ່ອມນ້ຳເຫຼືອງ 1. ມະເຮັງ 2. ເນື້ອງອກ 3. ຄວາມຜິດປົກກະຕິທາງກຳມະພັນ 4. ມະເຮັງຕ່ອມນ້ຳເຫຼືອງຂະນິດຮອດກີ້ນ					ຊະນິດໃດ? ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ສ່ວນໃດຂອງຮ່າງກາຍ?
I. ຄວາມຜິດປົກກະຕິຂອງລະບົບປະສາດ 1. ໂຮກປອກປະສາດອັກເສບ (Multiple sclerosis) 2. ໂຮກຮັນຕິງຕັນ (Huntington's disease) 3. ໂຮກສະໝອງຜິການ					ມີສ່ວນຕ່າງໆຂອງຮ່າງກາຍກ່ຽວຂ້ອງບໍ່? ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ?
4. ພາວະຊັກ ຫຼື ໂຮກຊັກ 5. ພະຍາດບ້າໝ					ອາຍຸຕອນທີ່ເກີດອາການ? ມີການປິ່ນປົວຫຍັງ? ເລື້ອຍປານໃດ?
J. ໂຮກຕິດເຊື້ອ, ການເຂົ້າມາອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ 1. ເປັນໄຂ້ຊ້ຳເນື່ອງຈາກການຕິດເຊື້ອພະຍາດ ບາງຢ່າງ					ການວິນິດໄສໂຮກ?
2. ຕິດເຊື້ອຮ້າຍແຮງຊ້ຳ ຈຳເປັນຕ້ອງເຂົ້າມາອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ					
3. ການເຂົ້າມາອນປິ່ນປົວໃນໂຮງໝໍ, ການຜ່າຕັດ, ຫຼື ການບາດເຈັບ					ເພື່ອປິ່ນປົວຫຍັງ? ເນື້ອໃດ?
K. ບັນຫາດ້ານການແພດອື່ນໆ ຫຼື ສຸຂະພາບອື່ນໆ					