

# CHILDREN'S ADMINISTRATION GAIN-SS

Version (GVER): GSS-annual 2.0.1

Copyrighted @ 2005 by: Chestnut Health Systems

|   |                                      |  |  |
|---|--------------------------------------|--|--|
| ຊື່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການ (ຊື່, ຊື່ກາງ, ນາມສະກຸນ) | 1. ວັນທີ                             | 2. <input type="checkbox"/> ຜູ້ໃຫຍ່<br><input type="checkbox"/> ເດັກນ້ອຍ | 3. <input type="checkbox"/> ຜູ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການປະຕິເສດຕໍ່ການຕອບຄໍາຖາມ<br><input type="checkbox"/> ຜູ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການບໍ່ມີຄວາມສາມາດຕອບຄໍາຖາມ |
| ນ້ຳເຍີໂທລະສັບຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການ               | ວັນເດືອນປີເກີດຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການ | 4. ເລກປະຈຳຕົວຂອງ CAMIS   | ຜົວພັນ/ປະຫວັດຄົນເຜົ່າ  |
| ທີ່ຢູ່ຂອງຜູ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການ                      |                                      | ເມືອງ  | ຮັດ ເລກຊົບໂຣດ  |
| ຊື່ຂອງພະມັກງານສັງຄົມສົງເຄາະ                       |                                      |  | ນ້ຳເຍີໂທລະສັບຂອງພະມັກງານສັງຄົມສົງເຄາະ  |

|  |  |  |
|--|--|--|
| 5. ຜູ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການຖືກນຳສົ່ງຕໍ່ການຕິລາຄາປະເມີນຜົນ<br><input type="checkbox"/> ສຸຂະພາບຈິດ<br><input type="checkbox"/> ການຕິດສາມເຄມີ<br><input type="checkbox"/> ປະກົດມີທັງສອງຢ່າງ<br><input type="checkbox"/> ຜູ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການບໍ່ໄດ້ຖືກນຳສົ່ງ | 6. ຜູ້ໄດ້ຮັບການບໍລິການກຳລັງໄດ້ຮັບການຊ່ວຍເຫຼືອໃນປັດຈຸບັນ<br><input type="checkbox"/> ສຸຂະພາບຈິດ<br><input type="checkbox"/> ການຕິດສາມເຄມີ<br><input type="checkbox"/> ປະກົດມີທັງສອງຢ່າງ | 7. <input type="checkbox"/> ການບໍລິການປ້ອງກັນເດັກ (CPS)<br><input type="checkbox"/> ການບໍລິການອາສາສະມັກຂອງຄອບຄົວ<br><input type="checkbox"/> ການບໍລິການ ການສືບຕໍ່ກັນຂອງຄອບຄົວ (FRS)<br><input type="checkbox"/> ການບໍລິການ ການສະວັດຕິການຂອງເດັກແລະຄອບຄົວ<br><input type="checkbox"/> ການຕິດຕາມ ສຸຂະພາບ ແລະ ການສຶກສາ ຂອງເດັກ (CHET) |
|--|--|--|

**ການປະເມີນຜົນທີ່ໄປຂອງຄວາມຈຳເປັນຕ້ອງການຂອງບຸກຄົນສ່ວນຕົວ - ການກວດກາແບບສັ້ນໆ (GAIN-SS)**

ຄໍາຖາມດັ່ງຕໍ່ໄປນີ້ແມ່ນກ່ຽວກັບບັນຫາທີ່ໄປທາງດ້ານຈິດຕະສາດ, ການປະພຶດ ຫຼື ບັນຫາສ່ວນຕົວ. ບັນຫາເຫຼົ່ານີ້ແມ່ນຖືວ່າ **ສຳຄັນ** ເມື່ອເວລາທ່ານມີນັ້ນມາເປັນເວລາໄດ້ ສອງອາທິດ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ເມື່ອເວລານັ້ນເປັນແລ້ວກໍ່ກັບຄືນມາເປັນອີກ, ເມື່ອເວລານັ້ນເຮັດໃຫ້ທ່ານບໍ່ສາມາດເຮັດໜ້າທີ່ຮັບຜິດຊອບຂອງທ່ານໄດ້, ຫຼືມັນເຮັດໃຫ້ທ່ານມີຄວາມຮູ້ສຶກແບບວ່າທ່ານບໍ່ມີຄວາມສາມາດດຳເນີນວຽກງານຕໍ່ໄປໄດ້. ກະລຸນາຕອບຄໍາຖາມເຫຼົ່ານັ້ນ ໂດຍ **“ແມ່ນ”** ຫຼື **“ບໍ່”**.

**ພຶດຕິກຳທາງໃນຂອງສຸຂະພາບຈິດ (IDScr 1):** ພາຍໃນເວລາ 12 ເດືອນຜ່ານມາ, ທ່ານເຄີຍມີບັນຫາໝັກ . . . .

|  |                               |                              |
|--|-------------------------------|------------------------------|
| a. ກັບຄວາມຮູ້ສຶກຫຼືກຳລັງໄດ້, ໂດດດ່ຽວ, ເສົ້າໃຈ, ໂສກເສົ້າ, ຊຸກຍ້ອງ, ຫຼື ບໍ່ມີຄວາມຫວັງຫຍັງກ່ຽວກັບອານາຄົດ?                   | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |
| b. ກັບບັນຫາທາງດ້ານການນອນ, ເຊັ່ນວ່າ ຝັນຮ້າຍ, ນອນບໍ່ແຈບ ຫຼື ເຫຼັງນອນໃນເວລາກາງເວັນ?   | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |
| c. ກັບຄວາມຮູ້ສຶກກະວົນກະວາຍຫຼາຍ, ກັງວົນໃຈ, ເລັ່ງຕຶງ, ຢ້ານກວາ, ຕົກໃຈຫວາດກວາ ຫຼື ສືບກັບວ່າຈະມີສິ່ງໃດໜຶ່ງທີ່ບໍ່ຄືຈະເກີດຂຶ້ນ? | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |
| d. ເມື່ອບາງສິ່ງບາງຢ່າງເຄື່ອນທ່ານກ່ຽວກັບອາດິດທີ່ຜ່ານມາ, ທ່ານເກີດມີຄວາມໂສກເສົ້າ ແລະ ໃຈຮ້າຍຫຼາຍ?                            | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |
| e. ກັບຄວາມສົດກ່ຽວກັບການຢາກຈົບຊັ້ນຊີວິດຂອງທ່ານເອງ ຫຼື ການຢາກຈະອ້າໂຕຕາຍ?   | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |

**ຖ້າຄຳຕອບມີຄຳວ່າ “ແມ່ນ” ສອງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ນຳສົ່ງເຖິງສຸຂະພາບຈິດ, ຍົກເວັ້ນໄວ້ແຕ່ມີຄຳຕອບເປັນຂໍ້ (e) ກ່ຽວກັບການອ້າໂຕຕາຍ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ນຳສົ່ງເຖິງ **CRISIS LINE** ຫຼື **DMHP** (ຜູ້ຊ່ຽວຊານທາງດ້ານສຸຂະພາບຈິດ ໂດຍສະເພາະ).**

**ພຶດຕິກຳທາງນອກຂອງສຸຂະພາບຈິດ (EDScr 2):** ພາຍໃນເວລາ 12 ເດືອນຜ່ານມາ, ທ່ານເຄີຍໂດດເຮັດສິ່ງຕ່າງໆ ດັ່ງລຸ່ມນີ້ສອງເທື່ອ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນບໍ່?

|   |                               |                              |
|---|-------------------------------|------------------------------|
| a. ອີ້ຕົວະ ຫຼື ຕໍ່ຕ້ານເມື່ອເຮົາສິ່ງທີ່ທ່ານຕ້ອງການ ຫຼື ຫຼີກລ່ຽງຕໍ່ການເຮັດບາງສິ່ງບາງຢ່າງ? | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |
| b. ມີບັນຫາໃນການເອົາໃຈໃສ່ຕໍ່ການອຳຮຽນ ການເຮັດການ ຫຼື ວຽກເຮືອນ?                            | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |
| c. ມີບັນຫາໃນການຜັງການສົດສອນຢູ່ໃນໂຮງຮຽນ, ຄຳຊີ້ນຳຢູ່ບ່ອນເຮັດການ ຫຼື ຢູ່ເຮືອນ?             | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |
| d. ມັກເປັນອັນຕະພາບ ຫຼື ອົມອຸຄົນອື່ນໆ?   | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |
| e. ເລັ່ນຜິດຖຽງຕີກັບຄົນອື່ນໆ?  | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |

**ຖ້າຄຳຕອບມີຄຳວ່າ “ແມ່ນ” ສອງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ, ໃຫ້ຕິດຕໍ່ນຳສົ່ງເຖິງສຸຂະພາບຈິດ**

**ການກວດກາ ການຕິດເຫຼົ້າຕິດຢາ (SDScr 3):** ພາຍໃນເວລາ 12 ເດືອນຜ່ານມາ, ໄດ້ເຮັດ . . . .

|   |                               |                              |
|---|-------------------------------|------------------------------|
| a. ທ່ານໄດ້ໃຊ້ເຫຼົ້າຫຼືຢາເສບຕິດທຸກໆ ອາທິດບໍ່?  | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |
| b. ທ່ານໃຊ້ເວລາຫຼາຍໃນການຫາເອົາເຫຼົ້າຫຼືຢາເສບຕິດ, ໃຊ້ເຫຼົ້າຫຼືຢາເສບຕິດ, ຫຼື ຮູ້ສຶກໄດ້ຮັບຜົນກະທົບຂອງຢາເຫຼົ້າ (ມືນເມົາ, ບໍ່ສະບາຍ)?  | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |
| c. ທ່ານສືບຕໍ່ໃຊ້ເຫຼົ້າຫຼືຢາເສບຕິດເຖິງແມ່ນວ່າມັນຈະສ້າງບັນຫາໃນສັງຄົມ, ທີ່ພາໃຫ້ມີການຜິດຖຽງກັນ, ຫຼື ພາໃຫ້ທ່ານມີບັນຫານຳຄົນອື່ນໆ?   | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |
| d. ການໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດຂອງທ່ານໄດ້ເຮັດໃຫ້ທ່ານຍົກເລີກ, ຫລຸດຜ່ອນ ຫຼື ມີບັນຫາກັບຄຳຈະກຳທີ່ສຳຄັນໃນບ່ອນເຮັດການ, ໂຮງຮຽນ, ເຮືອນ ຫຼື ກິດຈະການຂອງ ສັງຄົມ?   | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |
| e. ທ່ານມີບັນຫາໃນການຖອນຕົວອອກຈາກເຫຼົ້າຫຼືຢາເສບຕິດເຊັ່ນວ່າມື້ສັ່ນ, ຮາກອອກ, ມີບັນຫາໃນການນັ່ງຢູ່ສິ່ງ ບໍ່ແໜ້ງຕິງ ຫຼື ການນອນ, ຫຼື ການໃຊ້ເຫຼົ້າ ຫຼື ຢາເສບຕິດອື່ນໆ ເພື່ອຢຸດຍັ້ງຄວາມຮູ້ສຶກບໍ່ສະບາຍ ຫຼື ການຫຼີກລ່ຽງບັນຫາໃນການຖອນຕົວອອກ? | <input type="checkbox"/> ແມ່ນ | <input type="checkbox"/> ບໍ່ |

**ຖ້າຄຳຕອບມີຄຳວ່າ “ແມ່ນ” ສອງ ຫຼື ຫຼາຍກວ່ານັ້ນ ໃນການຕິດເຫຼົ້າຕິດຢາ ຫຼື ປະກົດມີທັງສອງຢ່າງ, (ການຕິດເຫຼົ້າຕິດຢາ ແລະ ສຸຂະພາບຈິດ), ໃຫ້ຕິດຕໍ່ນຳສົ່ງເຖິງ **CDP** ຫຼື ຜູ້ໃຫ້ການປຶນປົວທາງດ້ານການຕິດເຫຼົ້າຕິດຢາ**

**ອ້າພະເຈົ້າເອົາໃຈວ່າສຳເລັດຂອງໄບແບບຟອມນີ້ອາດຈະກາຍເປັນສ່ວນໜຶ່ງຂອງການນຳສົ່ງຕໍ່ໄປຮັບການບໍລິການ.**

|         |       |
|---------|-------|
| ລາຍເຊັນ | ວັນທີ |
|---------|-------|