

**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា**  
**ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ**



**ក្រសួងសុខាភិបាល**

**គោលការណ៍ណែនាំ**  
**សម្រាប់**

**ការប្រើប្រាស់តេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩**

**( COVID-19 Rapid Antigen Test )**

**ក្នុងសេវាសុខាភិបាលឯកជនស្របច្បាប់**

**ថ្ងៃទី២៣ ខែមេសា ឆ្នាំ ២០២១**

## **អារម្ភកថា**

គោលការណ៍ណែនាំសម្រាប់ការប្រើប្រាស់តេស្តហ្វឺសរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩ ក្នុងសេវាសុខាភិបាលឯកជនស្របច្បាប់ បានរៀបចំឡើងស្របតាមយុទ្ធសាស្ត្រនៃការធ្វើតេស្ត ឆ្លើយតបទៅនឹងការរាតត្បាតនៃជំងឺកូវីដ-១៩ នៅក្នុងប្រទេសកម្ពុជា។

ការរកឃើញករណីជំងឺកូវីដ-១៩ បានលឿន ជួយកាត់បន្ថយប្រភពចម្លង និងការចម្លងបន្តពីបុគ្គលម្នាក់ទៅបុគ្គលម្នាក់ឬក្រុមមនុស្សដទៃទៀត។ លើសពីនេះការប្រើតេស្តហ្វឺសរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩ រួមផ្សំជាមួយការអនុវត្តវិធានការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគបានត្រឹមត្រូវនៅក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬសេវាព្យាបាលឯកជនអាចធ្វើឱ្យមានការព្រែកអ្នកជំងឺកូវីដ-១៩ បានឆាប់រហ័ស។

ក្នុងនាមរដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល និងជាប្រធានគណៈកម្មការអន្តរក្រសួងដើម្បីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺកូវីដ-១៩ ខ្ញុំសូមថ្លែងអំណរគុណជាអនេកប្បការចំពោះក្រុមការងារបច្ចេកទេសទាំងអស់ដែលបានខិតខំរៀបចំនូវគោលការណ៍ណែនាំដ៏មានសារៈសំខាន់នេះក្នុងកាលៈទេសៈដែលកំពុងមានការរីករាលដាលយ៉ាងខ្លាំងក្លានៃជំងឺកូវីដ-១៩ ។

ជាមួយគ្នានេះ ខ្ញុំស្នើឱ្យបុគ្គលិកសេវាសុខាភិបាលឯកជនស្របច្បាប់ទាំងអស់ អនុវត្តតាមគោលការណ៍ណែនាំនេះ រួមផ្សំជាមួយនីតិវិធីប្រតិបត្តិនៃការធ្វើតេស្តឱ្យបានត្រឹមត្រូវ និងគោលការណ៍ណែនាំ ស្តីពីការបង្ការនិងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ សម្រាប់មូលដ្ឋានព្យាបាល និងថែទាំសុខភាព (Infection and Prevention Control Guidelines) របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ដើម្បីទទួលបានពិនិត្យព្យាបាលអ្នកជំងឺទូទៅដែលមកទទួលសេវាព្យាបាលក្នុងសេវាព្យាបាលឯកជនទាំងអស់ដោយគ្មានការរើសអើង និងត្រូវគោរពក្រមសីលធម៌វិជ្ជាជីវៈគ្រូពេទ្យឱ្យបានត្រឹមត្រូវ ដើម្បីចូលរួមចំណែកធានានិរន្តរភាពការផ្តល់សេវាថែទាំព្យាបាលជំងឺ ដើម្បីកាត់បន្ថយផលប៉ះពាល់ដល់សុខភាពសាធារណៈ សង្គម និងសេដ្ឋកិច្ច។

**រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល និងជាប្រធានគណៈកម្មការ  
អន្តរក្រសួងដើម្បីប្រយុទ្ធនឹងជំងឺកូវីដ-១៩**



**ប៊ែន ប៊ុនហេង**

## សេចក្តីថ្លែងអំណរគុណ

- |  |  |
|--|--|
| ១. ឯកឧត្តមវេជ្ជបណ្ឌិត <b>ថ្លុង ភាង</b>         | រដ្ឋលេខាធិការក្រសួងសុខាភិបាល                                       |
| ២. ឯកឧត្តមវេជ្ជបណ្ឌិត <b>ហុក គឹមបេង</b>        | ទីប្រឹក្សាក្រសួងសុខាភិបាល<br>និងជាអគ្គនាយកបច្ចេកទេសសុខាភិបាល       |
| ៣. ឯកឧត្តមសាស្ត្រាចារ្យ <b>ឈា ឆន្ទឿន</b>       | ទីប្រឹក្សាក្រសួងសុខាភិបាល<br>និងជានាយកវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ |
| ៤. លោកសាស្ត្រាចារ្យ <b>ចាម សៀកនាយ</b>          | អគ្គនាយករងរដ្ឋបាល និងហិរញ្ញវត្ថុ នៃក្រសួងសុខាភិបាល                 |
| ៥. លោកវេជ្ជបណ្ឌិត <b>សុខ ស្រីន</b>             | ប្រធាននាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ   |
| ៦. លោកវេជ្ជបណ្ឌិត <b>សៅ សុគន្ធនារា</b>         | អនុប្រធាននាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ                                      |
| ៧. លោកវេជ្ជបណ្ឌិត <b>ធិត្យ សុស្សី</b>          | អនុប្រធាននាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ                                      |
| ៨. លោកស្រីឱសថការី <b>វ៉ា ពុយនាថ</b>            | អនុប្រធាននាយកដ្ឋានសហប្រតិបត្តិការអន្តរជាតិ                         |
| ៩. លោកសាស្ត្រាចារ្យជំនួយ <b>ចៅ តារាភ័ក្ត្រ</b> | ប្រធានមន្ទីរពិសោធន៍ នៃវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ                 |
| ១០. លោក <b>ជិន សាធុម</b>                       | អនុប្រធានមន្ទីរពិសោធន៍ នៃវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ              |
| ១១. លោក <b>អម ច័ន្ទថន</b>                      | មន្ត្រីមន្ទីរពិសោធន៍ នៃវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ                |
| ១២. លោក <b>អ៊ុច សិរីសុភ័ក</b>                  | មន្ត្រីមន្ទីរពិសោធន៍ នៃវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ                |
| ១៣. លោក <b>ហាវ៉ា សុយន</b>                      | មន្ត្រីមន្ទីរពិសោធន៍ នៃវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ                |
| ១៤. លោក <b>លឹម បូធុន</b>                       | មន្ត្រីមន្ទីរពិសោធន៍ នៃវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ                |
| ១៥. លោក <b>តាត ឈាងហេង</b>                      | មន្ត្រីមន្ទីរពិសោធន៍ នៃវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ                |
| ១៦. លោកស្រីឱសថបណ្ឌិត <b>ឡាយ សុខកេត្យ</b>       | មន្ត្រីមន្ទីរពិសោធន៍ នៃវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ                |
| ១៧. កញ្ញា <b>ប៉ា គឹមស៊ាន់</b>                  | មន្ត្រីមន្ទីរពិសោធន៍ នៃវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ                |
| ១៨. លោក <b>តឿន សុភា</b>                        | មន្ត្រីមន្ទីរពិសោធន៍ នៃវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ                |
| ១៩. កញ្ញា <b>បូរ៉ា បូណ៌មីសោភ័ណ</b>             | មន្ត្រីមន្ទីរពិសោធន៍ នៃវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ                |
| ២០. លោកស្រីឱសថការី <b>ហែម កែវជានេ</b>          | មន្ត្រីមន្ទីរពិសោធន៍ នៃវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ                |
| ២១. លោកអនុបណ្ឌិត <b>សៅ ចន្ទឿនជានិទ្ទ</b>       | មន្ត្រីមន្ទីរពិសោធន៍ នៃវិទ្យាស្ថានជាតិសុខភាពសាធារណៈ                |

## បញ្ជីមាតិកា

១. គោលបំណង និងវិសាលភាព.....	៤
២. ទិដ្ឋភាពទូទៅរបស់តេស្តហេសរកអង់ទីហ្សែនកូរ៉ូណា-១៩.....	៤
៣. លក្ខខណ្ឌនៃការប្រើប្រាស់តេស្តហេសរកអង់ទីហ្សែនកូរ៉ូណា-១៩ សម្រាប់ពិនិត្យ ជំងឺកូរ៉ូណា-១៩.....	៤
៤. លក្ខខណ្ឌចាំបាច់ដែលមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនត្រូវគោរពតាម.....	៥
៥. យន្តការនៃការប្រើប្រាស់តេស្តហេសរកអង់ទីហ្សែនកូរ៉ូណា-១៩.....	៥
៥.១. ការប្រើប្រាស់តេស្តហេសរកអង់ទីហ្សែនកូរ៉ូណា-១៩ សម្រាប់ ពិនិត្យជំងឺក្រៅ.....	៥
៥.២. ការប្រើប្រាស់តេស្តហេសរកអង់ទីហ្សែនកូរ៉ូណា-១៩ សម្រាប់ផ្អាកសង្គ្រោះបន្ទាន់.....	៦
ឧបសម្ព័ន្ធទី ១៖ លិខិតស្នើសុំការអនុញ្ញាតប្រើប្រាស់តេស្តហេសរកអង់ទីហ្សែនកូរ៉ូណា-១៩.....	៨
ឧបសម្ព័ន្ធទី ២៖ លិខិតព្រមព្រៀងធ្វើតេស្តហេសរកអង់ទីហ្សែនកូរ៉ូណា-១៩.....	៩
ឧបសម្ព័ន្ធទី ៣៖ ការធ្វើតេស្តហេស SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test របស់ក្រុមហ៊ុន Roche.....	១០
ឧបសម្ព័ន្ធទី ៤៖ ការធ្វើតេស្តហេស PANBIO™ COVID-19 Ag RAPID TEST DEVICE របស់ក្រុមហ៊ុន Abbott.....	១១
ឧបសម្ព័ន្ធទី ៥៖ ទម្រង់ស្នើសុំធ្វើពិសោធន៍ (Laboratory Request Form) .....	១២

**១. គោលបំណង និងវិសាលភាព**

គោលការណ៍ណែនាំនេះ ត្រូវបានបង្កើតឡើងសម្រាប់ឱ្យមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនស្របច្បាប់ ប្រើប្រាស់តេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩ ដែលអនុញ្ញាតដោយក្រសួងសុខាភិបាល ក្នុងគោលបំណង ធ្វើការញែកអ្នកជំងឺដែលមកទទួលសេវាព្យាបាល ដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការចម្លងជំងឺកូវីដ-១៩ នៅ ក្នុងការផ្តល់សេវាសុខាភិបាល និងចូលរួមធានានិរន្តរភាពនៃការផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺ នៅក្នុង សេវាសុខាភិបាលឯកជន។

សេចក្តីណែនាំនេះ មានវិសាលភាពគ្របដណ្តប់លើមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនស្របច្បាប់ រួមមាន៖ មន្ទីរពេទ្យឯកជន មន្ទីរពេទ្យព្យាបាល មន្ទីរសម្រាកព្យាបាល និងសម្ភព ដែលស្ថិតនៅក្រោមការ គ្រប់គ្រងរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។

**២. ទិដ្ឋភាពទូទៅរបស់តេស្តរហ័សអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩**

តេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩ SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test របស់ក្រុមហ៊ុន Roche និង PANBIO™ COVID-19 Ag RAPID TEST DEVICE របស់ក្រុមហ៊ុន Abbott ត្រូវបានប្រើប្រាស់នៅ ប្រទេសជាច្រើនលើសកលលោក និងកំពុងប្រើប្រាស់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល នៃព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា។ ជាទូទៅ តេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩ សុទ្ធតែមានចំណុចខ្សោយ គឺមានករណី "False Negative" ដែលមានន័យថា មានអ្នកផ្ទុកវីរុស SARS-CoV-2 មួយចំនួនតូចដែលតេស្តរហ័សរកមិនឃើញ ហើយចេញលទ្ធផលជាអវិជ្ជមានទៅវិញ និងមានករណី "False Positive" តិចតួចបំផុត។ ប៉ុន្តែតេស្ត រហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩ ទាំងនោះមានសមត្ថភាពខ្ពស់ក្នុងការកំណត់វត្តមាន SARS-CoV-2 នៅ ពេលដែលអ្នកជំងឺកំពុងចេញរោគសញ្ញា ឬពេលដែលចំនួនវីរុសក្នុងខ្លួនអ្នកជំងឺឡើងខ្ពស់។ ដូច្នេះ ការប្រើ ប្រាស់តេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩ ដែលត្រឹមត្រូវ ក៏អាចជួយពន្លឿនការរកវីរុស SARS-CoV-2 បានដែរ ក្នុងស្ថានភាពចាំបាច់។

**៣. លក្ខខណ្ឌនៃការប្រើប្រាស់តេស្តរហ័សអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩**

តេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩ ត្រូវបានដាក់ឱ្យប្រើប្រាស់នៅតាមគ្រឹះស្ថានសុខភាពសាធារណៈ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនស្របច្បាប់ ឬទៅតាមការកំណត់បន្ថែមរបស់ក្រសួងសុខាភិបាល។ វិធីសាស្ត្រ នៃការប្រើប្រាស់ និងការគ្រប់គ្រងសំណល់របស់តេស្តរហ័ស ត្រូវធ្វើទៅតាមការណែនាំដែលភ្ជាប់ ជាមួយតេស្តរហ័សនីមួយៗ និងគោលការណ៍ណែនាំ ស្តីពីការបង្ការ និងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ សម្រាប់មូលដ្ឋានព្យាបាល និងថែទាំសុខភាព។ អ្នកប្រើប្រាស់តេស្តនេះ គួរត្រូវបានបណ្តុះបណ្តាលពីអ្នក ជំនាញមន្ទីរពិសោធន៍ ពីរបៀបប្រើប្រាស់តេស្តរហ័ស។

**៤. លក្ខខណ្ឌចាំបាច់នៃលម្អលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនត្រូវគោរពតាម**

- ត្រូវដាក់លិខិតស្នើសុំមកអគ្គនាយកបច្ចេកទេសសុខាភិបាល នៃក្រសួងសុខាភិបាល តាមរយៈគេឡក្រាម មន្ត្រីនាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ០១២ ៦៩១ ១១២, ០១២ ៨៩១ ៥២៧ និង ០១២ ៩២០ ៤៨០ ដើម្បី ទទួលបានការអនុញ្ញាតប្រើប្រាស់តេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩ ពីក្រសួងសុខាភិបាល។
- ត្រូវមានបន្ទប់ដាក់ដាច់ដោយឡែកសម្រាប់ករណីវិជ្ជមានកូវីដ-១៩ ក្នុងអំឡុងពេលរង់ចាំលទ្ធផល និងបញ្ជូនទៅទីកន្លែងព្យាបាល។
- ត្រូវមានបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានបណ្តុះបណ្តាលការយកសំណាកធ្វើតេស្តកូវីដ-១៩ និង មានទីតាំងយកសំណាកធ្វើតេស្តសមស្រប។
- អាចប្រើប្រព័ន្ធគ្រប់គ្រងទិន្នន័យ និងរបាយការណ៍ CamUS ឬទម្រង់ស្នើសុំពិសោធន៍ (តេស្តកូវីដ-១៩) របស់ក្រសួងសុខាភិបាល។
- ក្នុងករណីរកឃើញករណីវិជ្ជមានកូវីដ-១៩ ត្រូវរាយការណ៍ទៅមន្ទីរសុខាភិបាលរាជធានី-ខេត្ត ឬ មន្ទីរពេទ្យសាធារណៈដែលមានសេវាព្យាបាលជំងឺកូវីដ-១៩ ដើម្បីបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅព្យាបាល។
- ត្រូវប្រើតេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩ ដែលបានអនុញ្ញាតឱ្យប្រើប្រាស់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល ដែលបានចុះបញ្ជីកាត្រឹមត្រូវ៖ ( ១ ) SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test របស់ក្រុមហ៊ុន Roche និង ( ២ ) PANBIO™ COVID-19 Ag RAPID TEST DEVICE របស់ក្រុមហ៊ុន Abbott ។
- ត្រូវគោរពតាមគោលការណ៍ណែនាំ ស្តីពីការបង្ការ និងការត្រួតពិនិត្យការចម្លងរោគ សម្រាប់ មូលដ្ឋានព្យាបាល និងថែទាំសុខភាព។
- ការធ្វើតេស្តត្រូវធ្វើឡើងតាមគោលការណ៍ស្ម័គ្រចិត្ត និងមានការយល់ព្រម។
- ការធ្វើតេស្តនេះត្រូវធ្វើចំពោះតែអ្នកជំងឺដែលមកទទួលសេវាព្យាបាល ហើយមានចេញរោគសញ្ញាជំងឺ កូវីដ-១៩ (ដូចជា មានកំដៅយ៉ាងតិច ៣៧.៥អង្សាសេ ឬមានរោគសញ្ញាផ្សេងដូចជា ក្អក ហៀរសំបោរ ឈឺបំពង់ក ហាត់ពិបាកដកដង្ហើម) ឬអ្នកប៉ះពាល់ទៅនឹងអ្នកជំងឺកូវីដ-១៩ ។
- ត្រូវមានតារាងតម្លៃធ្វើតេស្តសមរម្យដែលអាចទទួលយកបាន និងដាក់បង្ហាញជាសាធារណៈនៅ មូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនរបស់ខ្លួន។
- បុគ្គលិកធ្វើតេស្តត្រូវបង្ហាញលទ្ធផលវិជ្ជមាន ឬអវិជ្ជមាននៅលើឧបករណ៍ធ្វើតេស្ត (Test Device) ដែលមានចុះលេខកូដ ឬឈ្មោះ ដល់អតិថិជន ដើម្បីផ្ទៀងផ្ទាត់ និងថតរូបទុកជាឯកសារ។

**៥. យន្តការនៃការប្រើប្រាស់តេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩**

គោលការណ៍ណែនាំនេះបង្ហាញពីយន្តការនៃការប្រើប្រាស់តេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩ នៅ កន្លែងពិនិត្យជំងឺក្រៅ និងកន្លែងសង្គ្រោះបន្ទាន់ នៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនស្របច្បាប់។

**៥.១. ការប្រើប្រាស់តេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩ សម្រាប់ពិនិត្យចម្រើនក្រៅ**

នៅពេលដែលមានផ្ទះជំងឺកូវីដ-១៩ នៅក្នុងសហគមន៍ ប្រជាជនមួយចំនួននឹងឆ្លងជំងឺកូវីដ-១៩ ដោយ មិនដឹងខ្លួន។ នៅពេលដែលបុគ្គលដែលមានបញ្ហាសុខភាព គាត់នឹងស្វែងរកសេវាថែទាំព្យាបាលនៅតាមកន្លែង ពិនិត្យជំងឺក្រៅរបស់គ្រឹះស្ថានសុខភាពសាធារណៈ ឬមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនស្របច្បាប់។

ផ្នែកពិគ្រោះជម្ងឺក្រៅ

ករណីសង្ស័យមានរោគសញ្ញា កូវីដ១៩  
(suspected case)

តេស្តហ្វឹស  
(Ag DRT)

លទ្ធផល  
វិជ្ជមាន

អ្នកជម្ងឺដែលត្រូវដាក់ដោយឡែក និងត្រូវបញ្ជូនទៅ  
កាន់មន្ទីរពេទ្យដែលកំណត់ដោយក្រសួងសុខាភិបាល  
ក្រោយបញ្ជាក់ថាវិជ្ជមានដោយតេស្ត PCR

លទ្ធផល  
អវិជ្ជមាន

យកសំណាក ធ្វើតេស្ត  
PCR បន្ត

អ្នកជម្ងឺសង្រ្គោះបន្ទាន់

អ្នកជម្ងឺរលាកផ្លូវដង្ហើម

តេស្តរហ័ស (Ag DRT)

លទ្ធផលវិជ្ជមាន

ត្រូវផ្តល់សេវាសង្រ្គោះបន្ទាន់ក្នុងស្ថានភាពសមស្របសម្រាប់ជំងឺកូវីដ-១៩ និងព្យាបាលនៅកន្លែងដាច់ដោយវិទ្យុកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ហើយត្រូវបញ្ជាក់ថាវិជ្ជមានដោយតេស្ត PCR

លទ្ធផលអវិជ្ជមាន

យកសំណាកធ្វើតេស្ត PCR បន្ត

មិនមានរោគសញ្ញាផ្លូវដង្ហើម

តេស្តរហ័ស (Ag DRT)

លទ្ធផលវិជ្ជមាន

លទ្ធផលវិជ្ជមាន  
មានកូវីដ-១៩

លទ្ធផលអវិជ្ជមាន

ធ្វើតេស្តរហ័ស (Ag DRT)

លទ្ធផលអវិជ្ជមាន

មិនមានកូវីដ-១៩

**លិខិតព្រមព្រៀងធ្វើតេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩**

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំឈ្មោះ:..... ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត...../...../..... ភេទ.....  
បានមកទទួលសេវាព្យាបាលនៅ.....

នៅថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....វេលាម៉ោង.....។

ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំបានយល់ពីការអនុញ្ញាតរបស់ក្រសួងសុខាភិបាលក្នុងការប្រោសតេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែន  
កូវីដ-១៩ នៅក្នុងមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនស្របច្បាប់ ក្នុងគោលបំណងធ្វើការញែកអ្នកជំងឺដែលមកទទួល  
សេវាព្យាបាល ដើម្បីកាត់បន្ថយហានិភ័យនៃការចម្លងជំងឺកូវីដ-១៩ នៅក្នុងការផ្តល់សេវាសុខាភិបាល និងចូល  
រួមធានានិរន្តរភាពនៃការផ្តល់សេវាថែទាំ និងព្យាបាលជំងឺ នៅក្នុងសេវាសុខាភិបាលឯកជន។

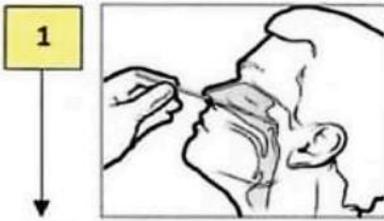
ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ព្រមឱ្យយកសំណាកធ្វើតេស្តរហ័សរកអង់ទីហ្សែនកូវីដ-១៩ មុនពេល ឬក្នុង  
អំឡុងពេលព្យាបាលជំងឺ ទៅតាមការចាំបាច់ និងយល់ព្រមបង់ថ្លៃសេវាធ្វើតេស្តតាមតារាងតម្លៃធ្វើតេស្ត  
ដែលបានកំណត់ និងដាក់បង្ហាញជាសាធារណៈនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនស្របច្បាប់នេះ។

ក្នុងករណីទទួលបានលទ្ធផលកូវីដ-១៩ វិជ្ជមាន ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំយល់ព្រមដាក់ខ្លួនឱ្យនៅដាច់ដោយ  
ឡែកនៅមូលដ្ឋានសុខាភិបាលឯកជនស្របច្បាប់នេះ ឬបញ្ជូនទៅទទួលការថែទាំព្យាបាលនៅទីកន្លែង  
ព្យាបាលជំងឺកូវីដ-១៩ តាមការកំណត់របស់ក្រសួងសុខាភិបាល ឬអាជ្ញាធរមានសមត្ថកិច្ច។

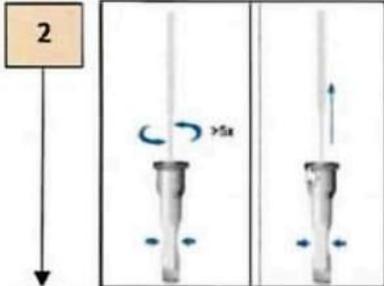
ធ្វើនៅ.....ថ្ងៃ.....ខែ.....ឆ្នាំ.....

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃស្តាំរបស់អ្នកជំងឺ 

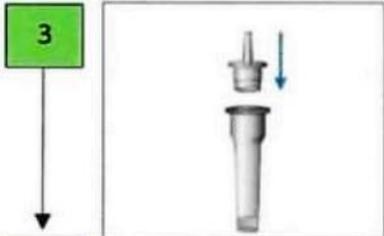
# ការធ្វើតេស្តរហ័ស SARS-CoV-2 Rapid Antigen Test (ក្រុមហ៊ុន Roche)



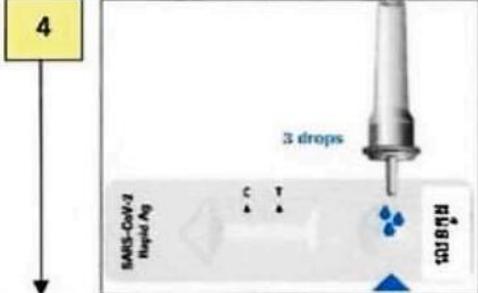
1 ប្រើតំបារសំឡីតូចដែលភ្ជាប់មកជាមួយប្រអប់តេស្ត។ គ្បារយកសំណាកពីក្នុងរន្ធច្រមុះ ដោយបង្វិល 3-4 ជុំ រួចដកតំបារសំឡីចេញវិញ ផ្ទុះៗ។



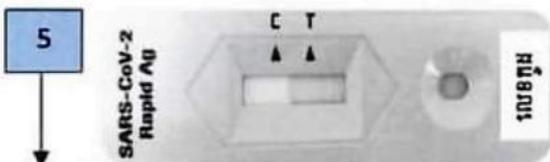
2 ដាក់តំបារសំឡីទៅក្នុងទីបបាសហ្វ័រ បង្វិលចុះឡើងឲ្យបានច្រើនជាង ៥ ដង រួចយកតំបារសំឡីចេញ។



3 បិទគម្របទីបបាសហ្វ័រ

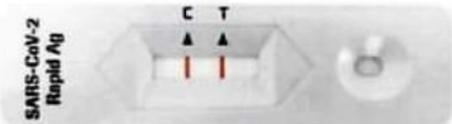


4 អង្រួនឲ្យសព្វល្អ រួចច្របាច់ទីបបាសហ្វ័របន្តក់ចូល ចំនួន ៣ តំណាក់ទៅក្នុងបន្ទះតេស្ត។



5 អានលទ្ធផលចន្លោះពី 15-30 នាទី។ មិនត្រូវអានលទ្ធផលលើសពី ៣០នាទី។

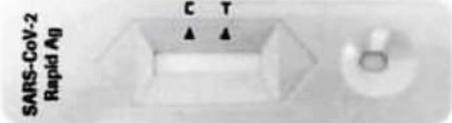
6 អានលទ្ធផលតាមរូបភាពខាងក្រោម៖



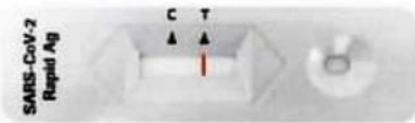
លទ្ធផលវិជ្ជមាន

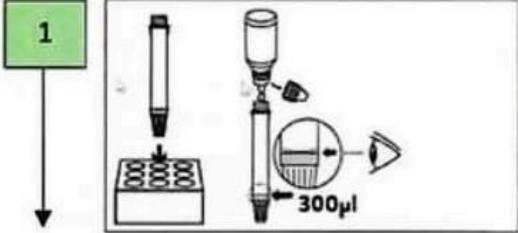


លទ្ធផលអវិជ្ជមាន

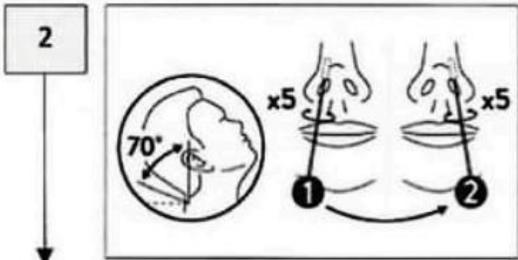


លទ្ធផលមិនអាចកំណត់បាន

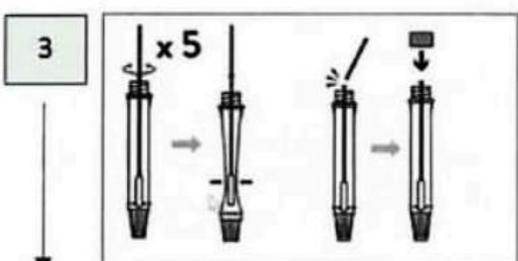




បន្តក់សូលុយស្យុងបាសហ្វ័រទៅក្នុងទីប Extraction រហូតដល់ចំនុចខ្សែក្រិតលើទីប (300µl) ។



ប្រើតំបន់សំឡីតូចដែលភ្ជាប់មកជាមួយប្រអប់គេស្ត។ គ្មារយកសំណាកពីក្នុងរន្ធច្រមុះ (nasal swab) ជម្រៅប្រហែល ២សម ឬរហូតដល់គល់ច្រមុះដោយបង្វិល ៥ ដុំពីរន្ធច្រមុះទាំងសងខាងដោយប្រើតំបន់សំឡីតូចមួយ រួចដកចេញវិញផ្ទុះៗ។



ដាក់តំបន់សំឡីដែលគ្មារួចទៅក្នុងទីប Extraction រួចបង្វិលចុះឡើងឲ្យបានច្រើនជាង ៥ដង រួចច្របាច់ទីបដើម្បីឲ្យទឹកក្នុងតំបន់សំឡីស្រក់ចុះអស់ ហើយកាច់តំបន់សំឡីរួចបិទគម្របទីប។



អង្រួនទីប Extraction ឲ្យសព្វល្អ រួចមូលគម្របទីបខាងក្រោមចេញ បន្ទាប់មកច្របាច់ទីបបន្តក់ចូលចំនួន ៥ តំណក់ទៅក្នុងបន្ទះគេស្ត។



ពិនិត្យលទ្ធផលរយៈពេល 15 នាទី។ មិនត្រូវពិនិត្យលទ្ធផលលើសពី ២០នាទីទេ។

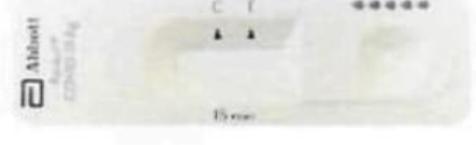
**6 ពិនិត្យលទ្ធផលតាមរូបភាពខាងក្រោម៖**



**លទ្ធផលវិជ្ជមាន**



**លទ្ធផលអវិជ្ជមាន**



**លទ្ធផលមិនអាចកំណត់បាន**



ឈ្មោះអ្នកបំពេញទម្រង់: Completed by :		លេខទូរស័ព្ទ Telephone/電話
បំណងនៃការធ្វើតេស្ត Reasons for testing 測試目的	<input type="checkbox"/> សង្ស័យ Suspect/ 嫌疑 <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត Other/ 其他 <input type="checkbox"/> រលាកសួត Pneumonia/ 肺炎 <input type="checkbox"/> បុគ្គលិកពេទ្យ HCW/ 医护人员 <input type="checkbox"/> ប៉ះពាល់ជាមួយអ្នកជំងឺកូវីដ១៩ ឈ្មោះ: _____ Contact with COVID cases / 新型冠状病毒密切接触者	<input type="checkbox"/> ពលករ Migrants/ 劳工 <input type="checkbox"/> តាមដាន Follow-up/ 複查 ប្រភេទការប៉ះពាល់: <input type="checkbox"/> ផ្ទាល់ <input type="checkbox"/> មិនផ្ទាល់ Type of contact Direct Indirect

**ព័ត៌មានអ្នកជំងឺ/Patient information/ 患者信息**

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ Patient Name/ 患者姓名		លេខសំគាល់ Patient ID
ភេទ Sex / 性别	<input type="checkbox"/> ប្រុស Male / 男 <input type="checkbox"/> ស្រី Female / 女	អាយុ Age / 年龄
សញ្ជាតិ Nationality / 国籍		លេខទូរស័ព្ទ Telephone/ 電話
អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន Address / 地址	កន្លែងស្នាក់នៅ..... Residence 住所 ភូមិ.....ឃុំ.....ស្រុក.....ខេត្ត..... Village 乡村 Commune 公社 District 区 Province 省	លេខផ្ទះ..... លេខផ្លូវ..... House 家 Street 路号
រោគសញ្ញាគ្លីនិក Clinical Symptoms 临床症状	<input type="checkbox"/> គ្រុនក្តៅ Fever 发烧 <input type="checkbox"/> ក្អក Cough 咳嗽 <input type="checkbox"/> ហៀរសំបោរ Runny Nose 流鼻涕 <input type="checkbox"/> ឈឺបំពង់ក Sore Throat 喉咙痛 <input type="checkbox"/> ពិបាកដកដង្ហើម Difficulty Breathing 呼吸困难 <input type="checkbox"/> គ្មាន No symptoms 没有症状	

ថ្ងៃចេញរោគសញ្ញា Date of onset / 发病日期		ធ្លាប់កើតជំងឺកូវីដ-១៩ឬទេ? History of COVID-19 positive? 你曾经有过新冠肺炎病毒吗?	<input type="checkbox"/> ទេ No 没有 <input type="checkbox"/> មាន Yes 有 ថ្ងៃតេស្ត: Test Date: 检测日期
ប្រវត្តិធ្វើដំណើរ Travel history/ 旅行历史	ឈ្មោះខេត្ត/ប្រទេស Province/Country 国家名称		ថ្ងៃមកដល់ Date of arrival 到达日期
	លិខិតឆ្លងដែន/អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ Passport No / 护照号		លេខកៅអី Seat No / 座号
	រៀបរាប់ប្រទេសដែលបានធ្វើដំណើរក្នុងរយៈពេល ១៤ ថ្ងៃ មុនមកដល់កម្ពុជា។	1.....2..... 3.....4..... 5.....6.....	

**ផ្នែកមន្ទីរពិសោធន៍/Laboratory**

ទីកន្លែងប្រមូលវត្ថុវិភាគ Place of collection		ថ្ងៃយកវត្ថុវិភាគ Date of collection
ប្រភេទវត្ថុវិភាគ Type of specimen	<input type="checkbox"/> ច្រមុះ Nasopharyngeal <input type="checkbox"/> បំពង់ក Oropharyngeal <input type="checkbox"/> ផ្សេងទៀត/Others	មន្ទីរពិសោធន៍ Laboratory <input type="checkbox"/> IPC <input type="checkbox"/> NIPH <input type="checkbox"/> SRH <input type="checkbox"/> UHS
វត្ថុវិភាគលើកទី(សូមរង្វង់) Nº of Sample (circle)	1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    .....	
ឈ្មោះអ្នកប្រមូល Sample collector		លេខទូរស័ព្ទ Telephone

2. កាលបរិច្ឆេទ	កាលបរិច្ឆេទនៃការបំពេញទម្រង់។ ត្រូវបំពេញតាមលំដាប់ ថ្ងៃ / ខែ / ឆ្នាំ (dd/mm/yyyy)។ ឧ. 21/01/2020
3. ឈ្មោះអ្នកបំពេញទម្រង់:	ឈ្មោះបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបំពេញទម្រង់
4. លេខទូរស័ព្ទ	លេខទូរស័ព្ទរបស់បុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបំពេញទម្រង់
5. បំណងនៃការធ្វើតេស្ត	សូមជ្រើសរើសបំណងនៃការធ្វើតេស្តតែមួយគត់ និង ឲ្យបានត្រឹមត្រូវដូចជា: → សង្ស័យ: សម្រាប់បុគ្គលដែលមានរោគសញ្ញា និង ប្រវត្តិធ្វើធ្វើដំណើរត្រូវនិយមន័យរបស់ជំងឺកូវីដ → រលាកសួត: សម្រាប់អ្នកជំងឺរលាកសួតដែលកំពុងសម្រាកពេទ្យ → បុគ្គលិកពេទ្យ: បុគ្គលសុខាភិបាលដែលត្រូវនិយមន័យសង្ស័យ → ពលករ: បុគ្គលចំណាកស្រុកដែលត្រូវប្រឡងមកពីក្រៅប្រទេស។ ប្រសិនគាត់មានរោគសញ្ញាសូមបញ្ជាក់ពីរោគសញ្ញារបស់គាត់នៅសំណួរទី 10 និង 11 → តាមដាន: សម្រាប់បុគ្គលទាំងអស់ត្រូវធ្វើតេស្តលើកចាប់ពីលើ ទី ២ឡើងទៅជាពិសេសសម្រាប់អ្នកជំងឺកូវីដ១៩ អ្នកប៉ះពាល់ ពលករ ឬ ការតាមដានផ្សេងទៀត។ → អ្នកប៉ះពាល់: អ្នកដែលបានប៉ះពាល់ជាមួយអ្នកជំងឺកូវីដ១៩ និងបញ្ជាក់ពីប្រភេទនៃការប៉ះពាល់ ដែលអាចមាន ផ្ទាល់ ឬ មិនផ្ទាល់
6. ឈ្មោះអ្នកជំងឺ ភេទ អាយុ	បំពេញឈ្មោះ: ភេទ និង អាយុ បុគ្គលដែលអ្នកត្រូវយកសំណាក។ បើអាយុតូចជាងមួយឆ្នាំសូមបញ្ជាក់ជាខែ ឬ ថ្ងៃ
7. សញ្ជាតិ	បំពេញសញ្ជាតិបុគ្គលដែលត្រូវយកសំណាក។ បើមានពីរសូមបំពេញទាំងពីរ
8. លេខទូរស័ព្ទ	សរសេរលេខទូរស័ព្ទដែលអាចទំនាក់ទំនងបានរបស់បុគ្គលដែលត្រូវយកសំណាក។ បើមានពីរសូមបំពេញទាំងពីរ។ ប្រសិនបើគ្មានអាចបំពេញប្រព័ន្ធទំនាក់ទំនងសង្គមផ្សេងទៀតដូចជា Facebook, telegram, skype, line, whatsapp, wechat .etc.
9. អាស័យដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន	អាស័យដ្ឋានបច្ចុប្បន្នដែលអ្នកជំងឺស្នាក់នៅ ឬ នឹងទៅស្នាក់នៅ។ សូមជៀសវាងសរសេរតាមលិខិតឆ្លងដែន/អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ
10. រោគសញ្ញាគ្លីនិក	រោគសញ្ញាគ្លីនិករបស់បុគ្គលដែលត្រូវយកសំណាក។ ប្រសិនបើមិនមាន សូមជ្រើសរើសយកពាក្យថា "គ្មាន"
11. ថ្ងៃចេញរោគសញ្ញា	កាលបរិច្ឆេទនៃការចេញរោគសញ្ញាដំបូង។ ត្រូវបំពេញតាមលំដាប់ ថ្ងៃ / ខែ / ឆ្នាំ (dd/mm/yyyy)។ ឧ. 21/01/2020
12. ធ្លាប់កើតជំងឺកូវីដ-១៩ឬទេ	សាកសួរអ្នកត្រូវធ្វើសំណាកអំពីប្រវត្តិនៃកើតជំងឺកូវីដ ប្រសិនបើគាត់ធ្លាប់កើតសូមជ្រើសរើសយក "មាន" រួចបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្តវិជ្ជមានលើកដំបូង។
13. ប្រវត្តិធ្វើដំណើរ	បញ្ចូលឈ្មោះខេត្ត/កំបង់/ប្រទេស កាលបរិច្ឆេទ ដែលបុគ្គលបានឆ្លងកាត់ក្នុងរយៈពេល ១៤ ថ្ងៃមុន និង លេខលិខិតឆ្លងដែន ឬ អត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ។ សម្រាប់អ្នកដំណើរតាមយន្តហោះសូមបញ្ជាក់ពីលេខកៅអីបន្ថែម
14. ទីកន្លែងប្រមូលវត្តិភាគ	ឈ្មោះទីតាំងនៃការប្រមូលសំណាក ដែលអាចជាប្រធានយន្តហោះ មន្ទីរពេទ្យ មណ្ឌលចត្តាឡីស័ក ។ល។
15. ថ្ងៃយកវត្តិភាគ	កាលបរិច្ឆេទនៃការយកសំណាក។ ត្រូវបំពេញតាមលំដាប់ ថ្ងៃ / ខែ / ឆ្នាំ (dd/mm/yyyy)។ ឧ. 21/01/2020
16. ប្រភេទវត្តិភាគ	បញ្ជាក់ពីប្រភេទសំណាកដែលបានយក ដែលមានដូចជា សំណាកច្រមុះ បំពង់ក សំណាកផ្សេងទៀតដូចជា សំណាកឈាម
17. មន្ទីរពិសោធន៍	បញ្ជាក់ឈ្មោះមន្ទីរពិសោធន៍ដែលនឹងត្រូវបញ្ជូនសំណាកទៅសំរាប់ធ្វើតេស្តដែលមាន IPC, NIPH, SRH (Siem Rap)
18. វត្តិភាគលើកទី	គូសរង្វង់ជុំវិញលេខរៀងចំនួនដងនៃការយកសំណាក។ → សូមគូសលេខ ១ សំរាប់សំណាកដំបូងរបស់បុគ្គល សង្ស័យ រលាកសួត បុគ្គលិកពេទ្យ ពលករ អ្នកប៉ះពាល់ → សូមគូសលេខ២ចាប់ពីលេខ ២ សំរាប់សំណាករបស់បុគ្គលដែលត្រូវយកសំណាកដើម្បីតាមដាន
19. ឈ្មោះអ្នកប្រមូល	ឈ្មោះបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានយកសំណាក
20. លេខទូរស័ព្ទ	លេខទូរស័ព្ទបុគ្គលិកសុខាភិបាលដែលបានយកសំណាក