



ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា  
ជាតិ សាសនា ព្រះមហាក្សត្រ

ក្រសួងសុខាភិបាល  
លេខ : ១៣១ អបត/៧៧

រាជធានីភ្នំពេញ, ថ្ងៃទី ៣០ ខែ កុម្ភៈ ឆ្នាំ២០០៤

រដ្ឋមន្ត្រីក្រសួងសុខាភិបាល

ជំពូកទី

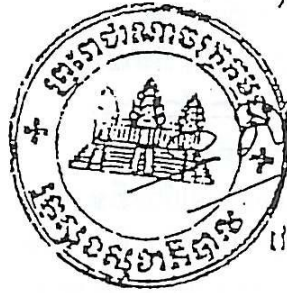
- លោកនាយកមន្ទីរសុខាភិបាលខេត្ត-ក្រុង
- លោកនាយកមន្ទីរពេទ្យជំនាញ
- លោកនាយកមជ្ឈមណ្ឌល
- ទី១គ្រប់សេវាឯកជនដែលមានច្បាប់អនុញ្ញាត

- កម្មវត្ថុ :** ស្តីពីការណែនាំអោយប្រើប្រាស់ឯកសារពិនិត្យការរំលោភផ្លូវភេទ
- យោង :** -ស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នដែលមានការរំលោភផ្លូវភេទជាច្រើន ហើយដែលសមត្ថកិច្ចដោះស្រាយ  
រឿងក្តី ពិបាកធ្វើការវាយតម្លៃក្នុងការកាត់សេចក្តី ។  
-និងយោងលើកិច្ចប្រជុំក្រុមអ្នកឯកទេសសង្គមនិងពេទ្យស្ត្រី សហការជាមួយក្រុមការងារនីតិ  
វេជ្ជសាស្ត្រ ។

ក្រសួងសុខាភិបាល បានរៀបចំអោយមានឯកសារពិនិត្យការរំលោភផ្លូវភេទនេះប្រើប្រាស់ជាផ្លូវការ ។  
អាស្រ័យហេតុនេះ សូមគ្រប់មន្ទីរពេទ្យបង្អែកទាំងអស់ រួមទាំងគ្លីនិកឯកជនដែលមានច្បាប់  
អនុញ្ញាត យកចិត្តទុកដាក់ក្នុងការបំពេញឯកសារពិនិត្យរំលោភផ្លូវភេទនេះក្នុងករណីមានការចាប់  
រំលោភលើស្ត្រីភេទ ឬ កុមារ ដោយអនុវត្តតាមការណែនាំរបស់នាយកដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ។

សូមលោក-លោកស្រីទទួលនូវការរាប់អានដ៏ស្មោះស្ម័គ្រអំពីខ្ញុំ ។

- ចំណងជូន**
- ក្រសួងយុត្តិធម៌
  - ក្រសួងមហាផ្ទៃ
  - អគ្គនាយកដ្ឋានក្រសួងសុខាភិបាល
  - អគ្គនាយកដ្ឋានបច្ចេកទេសសុខាភិបាល
  - អគ្គនាយកដ្ឋានរដ្ឋបាល និង ហិរញ្ញវត្ថុ ក្រសួងសុខាភិបាល
  - គណៈគ្រូពេទ្យថ្នាក់ជាតិ
  - គណៈគ្រូពេទ្យរាជធានី
  - គណៈគ្រូពេទ្យខេត្ត-ក្រុង
  - ឯកសារ កាលប្បវិបត្តិ



Handwritten signature and initials



**ព្រះរាជាណាចក្រកម្ពុជា**

**ជាតិ - សាសនា - ព្រះមហាក្សត្រ**

~ ~ ~ ~ ~ ័ ័ ័ ័ ័ ័

**ក្រសួងសុខាភិបាល**

អង្គការ:.....

លេខ:.....

លាក់ការណ៍សំងាត់

**ឯកសារពិនិត្យការរំលោភផ្លូវភេទ**

(ស្រីភេទ: ពិនិត្យដោយគ្រូពេទ្យផ្នែកសម្ភព និង រោគស្ត្រ. បុរស: ពិនិត្យដោយគ្រូពេទ្យទូទៅបាន)

-ឯកសារពិនិត្យការរំលោភផ្លូវភេទ ត្រូវរក្សាទុកជាសំណៅដើមនៅក្នុងអង្គភាពដើម រឺ គណៈកម្មការ កោសល្យវិច័យខេត្ត-ក្រុង ។ ឯកសារនេះ មានចំនួន ៧ ទំព័រ គឺ ពី ទំព័រទី ១ ដល់ ទី ៧ ។

-គណៈកម្មការកោសល្យវិច័យខេត្ត-ក្រុង អាចប្រគល់លិខិតចំលងចំនួនមួយច្បាប់បាន លុះត្រាតែមានលិខិតស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពី៖ នគរបាលយុត្តិធម៌ដែលមានតួនាទីស៊ើបអង្កេតរឿងក្តី. ចៅក្រម. ព្រះរាជអាជ្ញា និង មេធាវីជំនរងគ្រោះ ។ ឯកសារថតចំលងជូននេះត្រូវរក្សាទុកក្នុងស្រោមសំបុត្របិទជិត និង បោះត្រាពីលើមាត់គំរបបិទស្រោមសំបុត្រ ដើម្បីធានារក្សាការសំងាត់ ។

-អង្គភាពប្រតិបត្តិ:..... ទូរស័ព្ទ.....

-គណៈកម្មការកោសល្យវិច័យខេត្ត-ក្រុង:..... ទូរស័ព្ទ.....

ទូរសារ..... អ៊ីមែល.....

-គណៈកម្មការកោសល្យវិច័យក្រសួងសុខាភិបាល(ជាតិ):..... ទូរស័ព្ទ.....

ទូរសារ..... អ៊ីមែល.....

# ឯកសារពិនិត្យការរំលោភស្តីប្រលោម

នាម និង តោត្តនាមជនរងគ្រោះ:.....ឈ្មោះហៅក្រៅ.....ភេទ: ប្រុស  ស្រី

ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត: ...../...../..... អាសយដ្ឋានបច្ចុប្បន្ន:.....

.....លេខភូត..... ទូរស័ព្ទលេខ.....

ថ្ងៃខែឆ្នាំចូលមកពិនិត្យ:...../...../.....ពេលម៉ោង:..... ទីកន្លែងពិនិត្យ:.....

**ករណីសង្ស័យរំលោភផ្លូវភេទ: (ផ្តល់ដោយជនរងគ្រោះ)**

- ការរំលោភសេពសន្ថវិ: (Rape)
  - ការរំលោភសេពសន្ថវិដោយមនុស្សក្នុងគ្រួសារ (Incest)
  - ការបៀតបៀនភ្នែកខ្លាំង (Indecent Assault)
  - ការរំលោភផ្លូវភេទផ្សេងទៀត:.....
- ថ្ងៃខែឆ្នាំ ខែការរំលោភ:...../...../..... ម៉ោង:.....

**អ្នកប្រដៅជនរងគ្រោះ**

- ខ្លួនឯង (Self)
  - មិត្តភក្តិ (Friend)
  - ផ្សេងទៀត(បញ្ជាក់):.....
- ឈ្មោះ:.....  
ទូរស័ព្ទ:.....

## ការយល់ព្រមចំពោះការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រ

( អាចជូនជនរងគ្រោះស្តាប់ វិអាណាព្យាបាលដោយមានសាក្សី )

ខ្ញុំបាទនាងខ្ញុំ យល់ព្រមទាំងស្រុងលើការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រនេះ រួមទាំងការពិនិត្យប្រដាប់បន្តពូជ និង គត់ត្រាទុកជាឯកសារអំពីលទ្ធផលនៃការពិនិត្យនេះ ។ ខ្ញុំបាទនាងខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យ: ប្រមូលយកនូវសំណាក-វត្ថុវិភាគចាំបាច់ទាំងអស់ សំរាប់យកទៅធ្វើតេស្ត នៅក្នុង មន្ទីរពិសោធន៍ និង ការថតយករូបភាពចាំបាច់ លើប្លុកស្នាមដែលពាក់ព័ន្ធនឹងហេតុផលនៃការពិនិត្យវេជ្ជសាស្ត្រនេះផងដែរ ។

ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....  
ហត្ថលេខាស្នាមមេដៃស្តាំ  
ជនរងគ្រោះ វិអាណាព្យាបាល

ជនរងគ្រោះឈ្មោះ: .....

**ជំនាក់ជំនង់ដោយយល់ចេះគ្រោះ**

- ខ្លួនឯង
- មិត្តភក្តិ
- ញាតិ( គ្រូជាតិ ).....
- ផ្សេងទៀត(បញ្ជាក់):.....

.....

ហត្ថលេខាស្នាមមេដៃស្តាំសាក្សី

សាក្សីជនរងគ្រោះឈ្មោះ: .....

ហត្ថលេខារបស់គ្រូពេទ្យ-ពិនិត្យគ្លីនិក

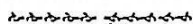
គ្រូពេទ្យឈ្មោះ: .....

ហត្ថលេខាស្នាមមេដៃស្តាំសាក្សីគ្រូពេទ្យ

សាក្សីគ្រូពេទ្យឈ្មោះ: .....

មុខរបរ:.....

## ការពិនិត្យជំនាញគ្រោះ



ឈ្មោះ:..... ទីកន្លែងពិនិត្យ :.....

ឈ្មោះគ្រូពេទ្យ :..... ម៉ោងពិនិត្យ :.....

អាស័យដ្ឋានអង្គភាព :.....

### ១-ការសាកសួរ និង ប្រូតូកូលដ៏ខ្លី :

#### ១.១-ប្រវត្តិជំងឺពីមុនមក :

- |  |  |
|--|--|
| ក-បេះដូង : មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> | ខ-ថ្លើម : មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>          |
| គ-លើសឈាម : មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> | ឃ-កាមរោគ : មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>         |
| ង-វះកាត់ : មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> | ឃ-ជំងឺផ្លូវចិត្ត : មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> |
| ច-ផ្សេងៗ សូមបញ្ជាក់:.....  |  |

១.២-ប្រវត្តិរដូវ : មិនទាន់មានរដូវ:..... ថ្ងៃខែឆ្នាំមករដូវដំបូង:..... ថ្ងៃខែមករដូវចុងក្រោយ.....

១.៣-ប្រវត្តិរួមរក្ស : លើកដំបូងថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ..... លើកចុងក្រោយថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....

១.៤-ប្រវត្តិប្រើមធ្យោបាយពន្យារកំណើត : មធ្យោបាយ ..... ចំនួន:..... នៅពេលណា.....

#### ១.៥-ប្រវត្តិផ្ទៃពោះ :

- |   |   |
|---|---|
| ក-ធ្លាប់មានផ្ទៃពោះ: មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> | ខ-បើធ្លាប់មានផ្ទៃពោះ: ចំនួន <input type="checkbox"/> ដង |
| គ-ធ្លាប់កើតកូន: ចំនួន <input type="checkbox"/> នាក់                             | ឃ-ធ្លាប់ពន្ធតកកូន: ចំនួន <input type="checkbox"/> ដង    |

#### ១.៦-តើវិធីនៃការរួមរក្សដោយរបៀបណា :

- |  |   |
|--|---|
| ក-បញ្ចូលលីងក្នុងទ្វារមាស មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> | ខ-បញ្ចូលដៃក្នុងទ្វារមាស មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> |
| គ-បញ្ចូលលីងក្នុងមាត់ មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>     | ឃ-បញ្ចូលលីងក្នុងទ្រូតូថ មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> |
| ង-ផ្សេងៗ:.....   |   |

#### ១.៧-អាកប្បកិរិយាក្រោយពេលរួមរក្ស:

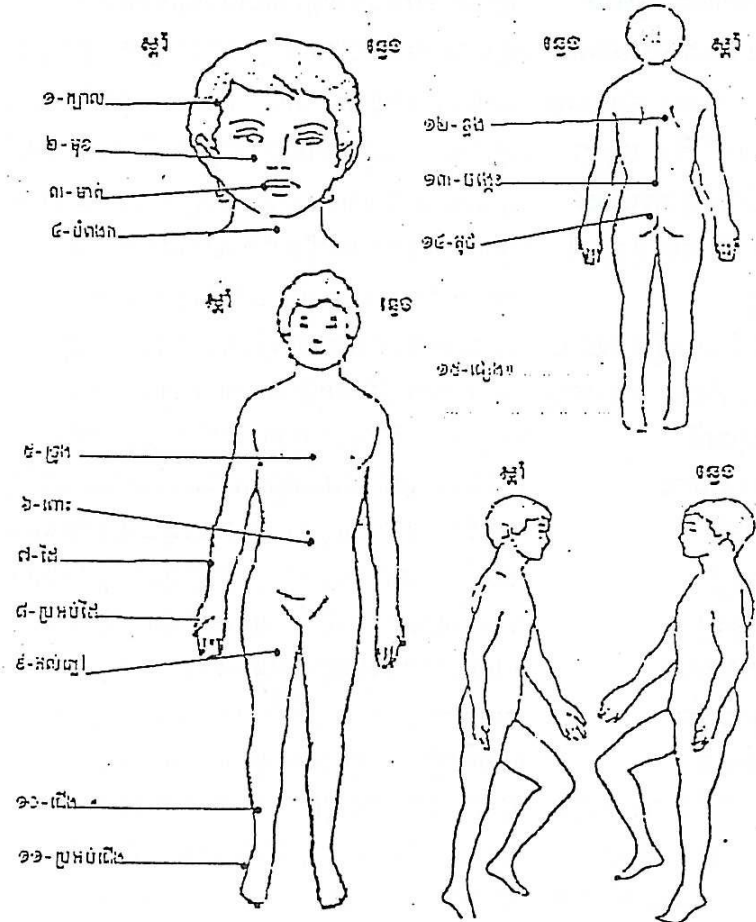
- |  |   |
|--|---|
| ក-លូតលាងទ្វារមាស មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>   | ខ-បត់ជើងភូច មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> |
| គ-បត់ជើងធំ មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>         | ឃ-ងូតទឹក មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>    |
| ង-ខ្ទុរមាត់ មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>        | ច-ដុសធ្មេញ មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/>  |
| ឆ-ប្តូរសំលៀកបំពាក់ មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> | ជ-ផ្សេងៗ:.....  |

២. ការពិនិត្យគ្លីនិក:

២.១- ការពិនិត្យជាទូទៅ: ប្រើតំនួសតាងតំរូវការលំអិតលើរាល់ ស្នាមដាំ, ហើម, ស្នាមរលាត់, ស្នាមដាច់

ធម្មតា	មិនធម្មតា (ចូរសរសេរបញ្ជាក់ពីទំហំស្នាមស្នាមនៃរបួស)
១- <input type="checkbox"/> ក្បាល	<input type="checkbox"/> : .....
២- <input type="checkbox"/> មុខ	<input type="checkbox"/> : .....
៣- <input type="checkbox"/> មាត់	<input type="checkbox"/> : .....
៤- <input type="checkbox"/> បំពង់ក	<input type="checkbox"/> : .....
៥- <input type="checkbox"/> ទ្រូង	<input type="checkbox"/> : .....
៦- <input type="checkbox"/> ពោះ	<input type="checkbox"/> : .....
៧- <input type="checkbox"/> ដៃ	<input type="checkbox"/> : .....
៨- <input type="checkbox"/> ប្រអប់ដៃ	<input type="checkbox"/> : .....
៩- <input type="checkbox"/> គល់ភ្នៅ	<input type="checkbox"/> : .....
១០- <input type="checkbox"/> ជើង	<input type="checkbox"/> : .....
១១- <input type="checkbox"/> ប្រអប់ជើង	<input type="checkbox"/> : .....
១២- <input type="checkbox"/> ខ្នង	<input type="checkbox"/> : .....
១៣- <input type="checkbox"/> ចង្កេះ	<input type="checkbox"/> : .....
១៤- <input type="checkbox"/> គូប	<input type="checkbox"/> : .....
១៥- <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ	<input type="checkbox"/> : .....

ចូរគូសចង្កូលបង្ហាញពីទីកន្លែង, ទំហំ ជាសង្ខេបម៉ែត្រ នៃ ស្នាមស្នាមរបួស



២.២-ការពិនិត្យប្រដាប់ភេទផ្នែកខាងក្រៅ :

-ទ្វារមាស (Vulva):

- វត្ថុរំអិល Lubrificant
- ទឹកកាម Semen
- ឈាម Blood
- ទឹករំអិលកែវ Mucus
- ខ្លុះ Pus
- ផ្សេងៗ Others .....

-ប្រដាប់ភេទខាងក្រៅ (External genital):

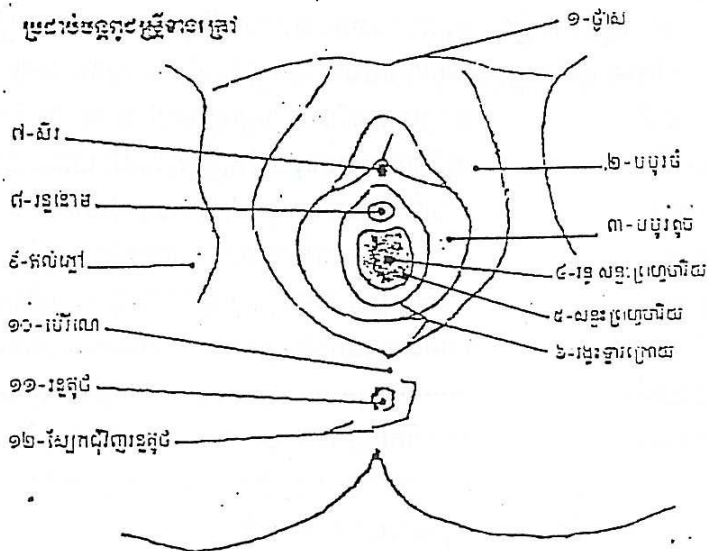
- ពេញវ័យ Mature
- គ្រប់ការ Pubertal
- មិនទាន់គ្រប់ការ Pre-pubertal

-ការពិនិត្យ កត់ត្រារាល់ភាពឈឺចាប់ និង ហើមពក (Examination record any pain or tenderness)

ធម្មតា	មិនធម្មតា (សូមសរសេរបញ្ជាក់ពីទំហំស្លាកស្នាម)
១- <input type="checkbox"/> ថ្នាំស Mons	<input type="checkbox"/> : .....
២- <input type="checkbox"/> បបូរធំ Labia majora	<input type="checkbox"/> : .....
៣- <input type="checkbox"/> បបូរតូច Labia minora	<input type="checkbox"/> : .....
៤- <input type="checkbox"/> រន្ធព្រហូចារី Introitus	<input type="checkbox"/> : .....
៥- <input type="checkbox"/> សន្ទះព្រហូចារី Hymen	<input type="checkbox"/> : .....
៦- <input type="checkbox"/> រង្វះទ្វារខាងក្រោយ	<input type="checkbox"/> : .....
៧- <input type="checkbox"/> សិរ Clitoris	<input type="checkbox"/> : .....
៨- <input type="checkbox"/> រន្ធខោម Meat	<input type="checkbox"/> : .....
៩- <input type="checkbox"/> គល់ភ្នៅ Inner thighs	<input type="checkbox"/> : .....
១០- <input type="checkbox"/> បើរណេ Perineum	<input type="checkbox"/> : .....
១១- <input type="checkbox"/> រន្ធកូដ Anus	<input type="checkbox"/> : .....
១២- <input type="checkbox"/> ស្បែកជុំវិញរន្ធកូដ Perianal skin	<input type="checkbox"/> : .....

ចូរគូសចម្លងបង្ហាញពីទីកន្លែង ទំហំ ជាសង់ទីម៉ែត្រ នៃ ស្លាកស្នាមរបួស

ប្រដាប់ភេទស្ត្រីទាន់ គ្រប់



-ការយកសំណាក វិវត្តិភាគធម្មតាស្រាវជ្រាវក្នុងការពិនិត្យនៃ ភាសិកាលមាម រឺ ទឹកកាម

-នីតិវិធីមុននិងដំណើរការពិនិត្យផ្នែកខាងក្នុងភេទ ត្រូវយកសំណាកដោយ ដំបៅ និង កំទាស់វត្ថុភាគជាមុនសិន ជាប់លាប់ប្រាថ្នាសំរាប់នីតិវិធីស្រាវជ្រាវ និង ឯកសារ ។

២.៣-ការពិនិត្យប្រដាប់ភេទផ្នែកខាងក្នុង:

ក-ការពិនិត្យប្រដាប់ភេទដោយចំពុះទា :

ធម្មតា :

បរិទេសធម្មតា (ចូរសរសេរបញ្ជាក់ទំហំស្នាមស្នាម)

១-  គុលដីសាក់

: .....

២-  មាត់ស្បូន

: .....

៣-  ក្លាសទ្វារមាសមុខ

: .....

៤-  ក្លាសទ្វារមាសក្រោយ

: .....

ខ-ការពិនិត្យក្លាសទ្វារមាស Vaginal examination: .

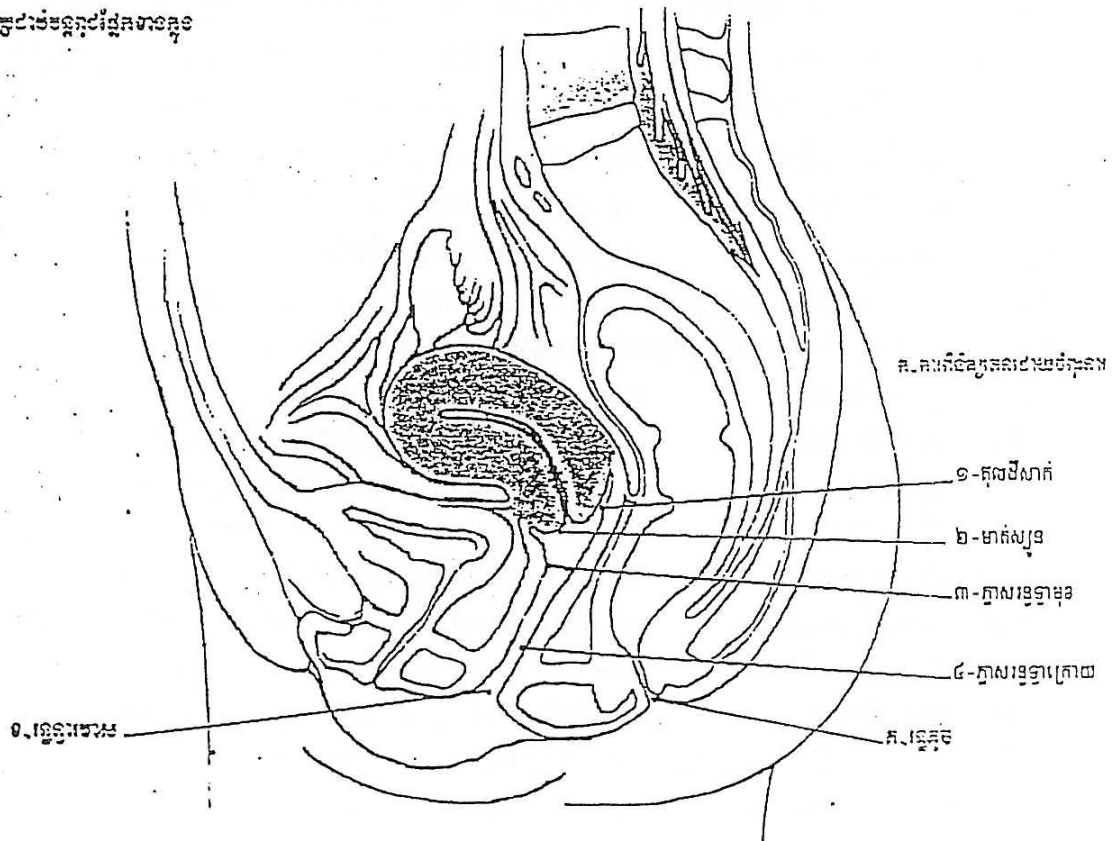
.....  
.....

គ-ការពិនិត្យរន្ធតូច Rectal examination: .

.....  
.....

ចូរគូសចម្លងបង្ហាញពិនិត្យទ្រូង. ទំហំ ជាសម័ទ្រមៃត្រ នៃ ស្នាមស្នាមរបួស

ចូលដៃទៅក្នុងផ្នែកទាបក្នុង



មត្យាវាគៈ ចំពោះជនរងគ្រោះភេទប្រុស-ខ្មីយត្រូវសរសេរបញ្ជាក់ពីរបួសស្នាមដែលមាន នៅក្នុងសេចក្តីសន្និដ្ឋានខាងក្រោមនេះ





**លិខិតយល់ព្រមប្រគល់ព័ត៌មានជូន៖**

ឧត្តមយុត្តិធម៌វិបសនាឧត្តមវិបសនាស៊ីមអង្កេតរឿងក្តី. តុលាការ. ព្រះរាជអាជ្ញា. មេធាវីជនរងគ្រោះ

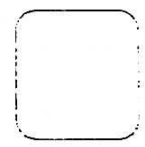
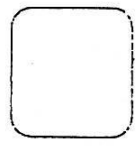
ខ្ញុំបាទ/នាងខ្ញុំអនុញ្ញាតឱ្យមន្ទីរពេទ្យ..... រឺ វេជ្ជបណ្ឌិត  
 ឈ្មោះ..... ផ្តល់ព័ត៌មានចំពោះមុខយើងអំពីឯកសារពិនិត្យការរំលោភជួវកេទ និង  
 របាយការណ៍មន្ទីរពិសោធន៍ពាក់ព័ន្ធជូន ឧត្តមយុត្តិធម៌វិបសនាឧត្តមវិបសនាស៊ីមអង្កេតរឿងក្តី. តុលាការ. ព្រះរាជអាជ្ញា. មេធាវី  
 ជនរងគ្រោះ ដែលបានស្នើសុំរាប់គោលបំណងនីតិវេជ្ជសាស្ត្រ ។ ក្នុងករណីចាំបាច់គណៈកម្មការកោសល្យវិច័យ ខេត្ត-ក្រុង អាច  
 ផ្តល់ឯកសារចំលងនេះ តាមការស្នើសុំជាលាយលក្ខណ៍អក្សរពី ឧត្តមយុត្តិធម៌វិបសនាស៊ីមអង្កេត. ចៅក្រម. ព្រះរាជអាជ្ញា មេធាវីជនរងគ្រោះ ។

.....ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....  
 ហត្ថលេខា រឺ ស្នាមមេដៃស្តាំ-ជនរងគ្រោះ

ទំនាក់ទំនងសាក្សីរបស់ជនរងគ្រោះ :

- ឪពុកម្តាយ/ អាណាព្យាបាល
- បងប្អូន
- អ្នកដទៃ (សូមបញ្ជាក់)
- .....
- ខ្លួនឯង (ប្រសិនបើគ្មានសាក្សី)

ហត្ថលេខា រឺ ស្នាមមេដៃស្តាំសាក្សី

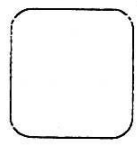


ឈ្មោះ (ជនរងគ្រោះ).....

ឈ្មោះ (សាក្សី).....

បានឃើញ និង ឯកភាព  
 .....ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....  
 ហត្ថលេខា-គណៈកម្មការកោសល្យវិច័យ  
 ខេត្ត-ក្រុង:.....

.....ថ្ងៃទី.....ខែ.....ឆ្នាំ.....  
 ហត្ថលេខា និង ត្រាអង្គភាព  
 មន្ទីរពេទ្យ-ស្រុកប្រតិបត្តិ.....



ឈ្មោះប្រធាន.....

ឈ្មោះប្រធាន.....