

# ກ່ອນຈະຖິງເວລາກວດຂອງລູກທ່ານ ຕອນອາຍຸ 12 ເດືອນ

ຈົ່ງພິມເອົາສຳເນົາຂອງຟອມ ການຕີອາຄາເຣື່ອງ ສະຖານະພາບການພັທນາສຳລັບພໍ່ແມ່ (PEDS) ຈາກເວັບໄຊຕ໌ [www.mhcs.health.nsw.gov.au](http://www.mhcs.health.nsw.gov.au) ແລະ ຂຽນຕື່ມກ່ອນທີ່ຈະ ໄປຕາມການນັດໝາຍຂອງທ່ານ ທີ່ ຂໍໃຫ້ພະຍາບານອະນາມັຍເດັກຊ່ວຍທ່ານຂຽນ.

## ຍັງສູບຢາຢູ່ບໍ່?

ການສູບຢາເປັນການເພີ່ມຄວາມ ສ່ຽງຕໍ່ໂຣກເດັກທາຣິກຕາຍໂດຍບໍ່ຮູ້ຕົວ (SIDS) ໄດ້.

ໂທຣະສັບຫາ **13 QUIT ຕາມເບ (13 7848)** ທີ່ເປີດເບິ່ງ

[http://www.health.nsw.gov.au/cancer\\_inst/programs/quitline.html](http://www.health.nsw.gov.au/cancer_inst/programs/quitline.html)

### ການໄດ້ຍິນສຽງ

	ແມ່ນ	ບໍ່ແມ່ນ	ບໍ່ແນ່ໃຈ
ທ່ານເປັນຫ່ວງຕໍ່ເຮື່ອງການໄດ້ຍິນສຽງຂອງລູກນ້ອຍ ຂອງທ່ານບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານລຽນແບບສຽງຄວາມເວົ້າຂອງ ຄົນອື່ນບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານເຂົ້າໃຈຄວາມເວົ້າງ່າຍໆເຊັ່ນ "ໝາກບານ" "ໝາ" "ຜໍ" ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານປິ່ນຫົວໄປຫາສຽງຄ່ອຍໆ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານອາດຈະເລີ້ມເວົ້າຄຳທຳອິດ ຂອງເຂົາ	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ສາຍຕາ

ທ່ານເປັນກ້ວງວົນຕໍ່ເຮື່ອງສາຍຕາຂອງລູກນ້ອຍ ຂອງທ່ານບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານເປັນຕາເຫຼ່ ທີ່ ຕາເສື້ອນ (ຕາລໍ ທີ່ ຕາເຂ) ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານມີບັນຫາໃນການເບິ່ງເຫັນສິ່ງຂອງ ນ້ອຍໆ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານຮູ້ຈັກສິ່ງຂອງ ທີ່ ຄົນທີ່ລີ້ງເຄີຍ ໂດຍເບິ່ງຈາກທາງໄກ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ມີຄົນໃດຄົນໜຶ່ງໃນຄອບຄົວມີບັນຫາດ້ານສາຍຕາບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ການໝັ້ງຕິງ/ການກະທຳ

ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານໜັ້ງໄດ້ຄົນດຽວ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານຄານ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານຍື່ເອົາຂອງ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

### ສຸຂະພາບທົ່ວໄປ

ດຽວນີ້ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານມີແຂ້ວແລ້ວບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານມີບັນຫາກັບແຂ້ວ ທີ່ ການແຂ້ວອອກ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານເຄີຍໃຊ້ຂວດນົມຕອນເວລາໄປ ນອນ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານຍ່າງໄປມາໂດຍຖືຂວດນົມ ຫຼ ຈອກສຳລັບປ້ອນອາຫານ ໃນຊ່ວງລະຍະເຊົ້າປ້ອນ ແລະລະຫວ່າງເວລາປ້ອນອາຫານຄັ້ງຕໍ່ໄປ ບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ລູກນ້ອຍຂອງທ່ານເລີ້ມຖູແຂ້ວຂອງເຂົາເອງ ທີ່ ມີຄົນ ຖູແຂ້ວໃຫ້ເຂົາ ແລ້ວບໍ່?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## ຫົວຂໍ້ສໍາລັບການໂອ້ລົມຕອນອາຍຸ 12ເດືອນ

- ທ່ານຈະພົບກັບຫຍັງແດ່ຈາກລູກ
- ຄວາມປອດພ້ຍຂອງເດັກ
- ການປ້ອງກັນແດດ
- ບັນຫາໃນການນອນ/ຄວາມປະພຶດ
- ອາຣົມ
- ການສັກຢາປ້ອງກັນໂຣກ
- ແຂ້ວ
- ການໃຫ້ອາຫານ/ອາຫານ
- ການຊິງດີຊິງເດັ່ນຂອງອ້າຍນ້ອງ
- ກິຈກັມການຫຼິ້ນຕ່າງໆ
- ສຸຂະພາບຈິດຂອງແມ່
- ຄວາມສັນພັນກັບລູກນ້ອຍ ແລະ ຄູ່ຄອງຂອງທ່ານ
- ການເຄື່ອນທີ່