

DAIM NTAWV RAU KEV QHIA TAWM TXOG QHOV NTAUB NTAWV KEV KHO MOB

COV KEV NPLUA: Tus neeg twg uas txhob txwm thiab twb paub lawm los muab ib qhov ntaub ntawv tsis raug los muab siv hauv kev npaj ntawm daim ntawv ua pov thawj rau kev yug yog kev ua txhaum ntawm kev ua txhaum Theem I [kev nplua yuav tsis tshaj \$10,000 los sis raug kaw tsis tshaj li ntawm peb xyos thiab rau hli, los sis tag nrho ob qho, rau Wis. Stat. § 69.24(1)].

1. Qhov ntaub ntawv kev yug tuaj yeem muab siv rau kev tsom xam kev noj qab haus huv los sis pej xeem los sis rau cov kev pab cuam kev noj qab haus huv rau pej xeem.
2. Cov ntaub ntawv uas tau khaws rau kev siv suav txheeb nkaus xwb muab qhia los ntawm lub cim hnub qub (*).

Rau Kev Siv Rau Chaw Muab Kev Pab Cuam Kev Yug Me Nyuam

Tus Naj Npawb Daim Ntawv Teev Tseg Kev Kho Mob rau Niam Txiv yug me nyuam: _____

Tus Naj Npawb Teev Tseg Txog Kev Kho Mob Ntawm Tus Me Nyuam _____

Hnub Yug Ntawm Tus Me Nyuam ____/____/____ (HLI/HNUB/XYOO)

***Cov Xwm Txheej Tshwj Xeeb Hais Txog Kev Yug Me Nyuam (Kos ib qho.)**

- Txais Los Tu (tuaj yeem ua tau) Tus Neeg Sawv Cev Chaw Nyab Xeeb Me Nyuam Ntsuag Kev Tsis Kam Tsis Muaj Cov Xwm Txheej Tshwj Xeeb

CHAW YUG	Chaw yug <input type="checkbox"/> Tsev Kho Mob <input type="checkbox"/> Chaw Kho Mob/Chaw Lis Hauj Lwm Ntawm Tus Kws Kho Mob <input type="checkbox"/> Chaw Muab Kev Pab Cuam Rau Tus Neeg Pab Yug Me Nyuam <input type="checkbox"/> Lwm yam (qhia kom meej) _____ <input type="checkbox"/> Lub Tsev - Yog tias yug hauv tsev, tus niam txiv puas tau npaj los yug me nyuam hauv tsev? <input type="checkbox"/> Yog <input type="checkbox"/> Tsis yog <input type="checkbox"/> Tsis paub	
	Yog tias kev yug me nyuam tau tshwm sim sab nraud ntawm tsev kho mob , muab lub npe ntawm qhov chaw muab kev pab cuam los sis qhov chaw nyob txoj kev	
	Lub Nroog, Lub Zos, los sis Lub nroog yug	Lub Cheeb Nroog yug

QHOV NTAUB NTAWV TXOG NIAM TXIV	Cov ntaub ntawv rau cov npe teev tseg hauv qab no yuav tsum yog los ntawm cov ntaub ntawv teev tseg ntawm kev saib xyuas ua ntej yug me nyuam ntawm tus niam txiv yug me nyuam thiab los ntawm cov kev qhia tawm txog kev kho mob lwm yam, ib yam nkaus li qhov ntaub ntawv kev kho mob ntawm tus me nyuam mos. Tiv tauj rau tus kws kho mob saib xyuas ua ntej yug los txais daim ntawv theej tawm ntawm qhov ntaub ntawv saib xyuas ua ntej yug me nyuam, yog tias tsim nyog.		
	Niam thiab txiv puas tau txais kev saib xyuas ua ntej yug me nyuam? <input type="checkbox"/> Yog <input type="checkbox"/> Tsis yog <input type="checkbox"/> Tsis paub	*Hnub tim ntawm thawj qhov kev mus cuag kev saib xyuas ua ntej yug ____/____/____	*Hnub tim ntawm kev mus cuag kev saib xyuas ua ntej yug zaum kawg ____/____/____
	*Tus naj npawb tag nrho ntawm cov kev mus cuag kev saib xyuas ua ntej yug		*Hnub tim pib muaj kev coj khaub ncaws zaum kawg nkaus ____/____/____
	Rau cov npe teev tseg hauv qab no, tsis suav nrog kev yug me nyuam tag sim no. Rau cov kev yug ntau zaus, tsis suav nrog thawj zaug kev yug me nyuam ntxaib/peb tug. Qhov kev yug zaum thib ob los sis zaum tom qab ntawm tus me nyuam ntxaib/ntxaib peb tug yuav tsum suav nrog kev yug yug dhau los (piv txwv li khub ntxaib 1 yuav tsum muab suav nrog tus naj npawb hauv qab no, tab sis khub ntxaib 2 yuav tsum muaj khub ntxaib 1.)		
	*Tus naj npawb ntawm cov kev yug uas muaj sia yav dhau los uas tam sim no tseem nyob ____ Tus Naj Npawb <input type="checkbox"/> Tsis muaj	*Tus naj npawb ntawm cov kev yug tau muaj sia uas tam sim no tuag lawm ____ Tus Naj Npawb <input type="checkbox"/> Tsis muaj	*Hnub tim ntawm kev yug muaj sia zaum kawg (HLI/XYOO) ____/____
	*Tus naj npawb tag nrho ntawm lwm cov kev ua tau txog kev xeeb me nyuam ____ Tus Naj Npawb <input type="checkbox"/> Tsis muaj		*Hnub ntawm lwm qhov kev ua tau ntawm kev xeeb me nyuam zaum kawg (HLI/XYOO) ____/____
	* Cov yam pheed hmoo uas tau kuaj mob hauv qhov cev xeeb me nyuam no - Kos rau txhua qhov uas siv tau		
	A. <input type="checkbox"/> Tsis muaj B. <input type="checkbox"/> Mob ntshav qab zib thaum cev xeeb me nyuam (tag nrho ob qho ntawm B thiab C tsis tuaj yeem muab kos rau) C. <input type="checkbox"/> Mob ntshav qab zib thaum cev xeeb me nyuam D. <input type="checkbox"/> Mob ntshav siab thaum cev xeeb me nyuam E. <input type="checkbox"/> Mob ntshav siab thaum cev xeeb me nyuam F. <input type="checkbox"/> Tus mob thaum muaj ntshav siab		
	G. <input type="checkbox"/> Kev yug me nyuam ua ntej sij hawm yav dhau los H. <input type="checkbox"/> Lwm yam txiaj ntsig kev xeeb me nyuam yav tsis zoo yav dhau los I. <input type="checkbox"/> Cev xeeb me nyuam los ntawm kev kho mob rau qhov muaj me nyuam nyuaj - J. <input type="checkbox"/> Cov tshuaj kho rau kev muaj me nyuam, AI, los sis Kev tso tshuaj rau hauv tsev me nyuam K. <input type="checkbox"/> Qhov thev naus laus yis pab rau kev muaj me nyuam L. <input type="checkbox"/> Niam txiv uas yug me nyuam muaj qhov c-ntu dhau los - Tus naj npawb ntawm c-cov ntu dhau los _____		
	* Cov kev kis kab mob uas pom tshwm thiab/los sis tau kho thaum lub sij hawm cev xeeb me nyuam no - Kos txhua qhov uas siv tau		
A. <input type="checkbox"/> Tsis muaj B. <input type="checkbox"/> Mob kas cees C. <input type="checkbox"/> Mob Xis Fis Liv (Syphilis) D. <input type="checkbox"/> Mob Kas Ceas (Chlamydia) E. <input type="checkbox"/> Kab mob siab B F. <input type="checkbox"/> Kab mob siab C			
* Cov txheej txheem kev yug me nyuam (kev kho mob los sis qhov txheej txheem kev qhia tawm/kev siv uas tau ua thaum cev xeeb me nyuam no) - Kos rau txhua qhov uas siv tau			
A. <input type="checkbox"/> Tsis muaj B. <input type="checkbox"/> Ncauj tsev me nyuam C. <input type="checkbox"/> Tshuaj noj thaiv kev zaum ntawm ncauj tsev me nyuam D. <input type="checkbox"/> Me nyuam yug los tob hau tig ua nteiphaum ntawv - E. <input type="checkbox"/> Ua tiav lawm F. <input type="checkbox"/> Ua tsis tiav			

YUG ME NYUAM	<p>*Kev Pib ntawm Kev Yug Me Nyuam - Kos rau txhua qhov uas siv tau.</p> <p>A. <input type="checkbox"/> Tsis muaj C. <input type="checkbox"/> Kev yug me nyuam sai (<3 teev)</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Kev puas tsuaj ntawm lub dej tsho me nyuam (sij hawm ntev >= 12 teev) D. <input type="checkbox"/> Kev yug me nyuam ntev (>= 20 teev)</p>		
KEV YUG ME NYUAM	<p>Hnub yug ntawm tus me nyuam</p> <p style="text-align:center;">____/____/____</p>	<p>Sij hawm yug ntawm tus me nyuam (0000-2359)</p> <p style="text-align:center;">_____</p>	
	<p>Lub hauv paus tseem ceeb ntawm txoj kev them nqi rau qhov kev yug me nyuam no (ntawm lub sij hawm yug me nyuam)</p> <p><input type="checkbox"/> Ntawv Pov Hwm Ntiag Tug</p> <p><input type="checkbox"/> Them Nyiaj Los Ntawm Yus Tus Kheej (tsis tau txheeb xyuas tus neeg thib peb)</p> <p><input type="checkbox"/> CHAMPUS/TRICARE</p>	<p><input type="checkbox"/> Medicaid/BadgerCare Plus (txoj kev pab cuam hauv Lub Xeev uas tuaj yeem piv tau)</p> <p><input type="checkbox"/> Kev Pab Cuam Kev Noj Qab Haus Huv Rau Neeg Is Dias</p> <p><input type="checkbox"/> Lwm Tsoom Fwv (tsoom fwv feem nrab, lub xeev, cheeb tsam)</p> <p><input type="checkbox"/> Lwm yam (qhia kom meej) _____</p>	
	<p>*Tus niam txiv uas yug me nyuam puas tau muab xa mus rau qhov chaw muab kev pab cuam no rau kev kho mob los sis cov kev qhia txog me nyuam hauv plab rau kev yug me nyuam? <input type="checkbox"/> Yog <input type="checkbox"/> Tsis yog</p> <p><input type="checkbox"/> Tsis paub</p>	<p>*Yog tias tus niam txiv yug me nyuam tau txais kev xa mus, qhia npe ntawm qhov chaw muab kev pab cuam uas tau muab xa mus los ntawm _____</p>	
TUS NEEG SAIB XYUAS	<p>Tus neeg saib xyuas thaum yug yog tus neeg nyob hauv thaum yug me nyuam ntawm nws lub cev uas muaj lub luag hauj lwm rau kev yug me nyuam.</p>		
	<p>Lub npe ntawm tus neeg saib xyuas</p>	<p>Lub xeeb ntawm tus neeg saib xyuas</p>	<p>Wisconsin tus naj npawb daim ntawv tso cai (yog tias siv tau)</p>
COV YAM NTXWV TSHWJ XEEB	<p>Tus saib xyuas lub npe luv - <input type="checkbox"/> MD <input type="checkbox"/> LM (Tus pab yug me nyuam uas muaj ntawv tso cai)</p> <p><input type="checkbox"/> CNM (Tu Neeg Mob Los Pab Yug Me Nyuam Uas Muaj Ntawv Pov Thawj) <input type="checkbox"/> UA</p> <p><input type="checkbox"/> Lwm yam (qhia kom meej): _____</p>		<p>*Tus Neeg Saib Xyuas Qhov NPI (yog tias muaj)</p>
	<p>*Qhov hnyav ntawm leej niam yug nyob ntawm lub chaw yug</p> <p style="text-align:center;">Phaus: _____</p>		
HAUV KEV	<p>*Cov yam ntxwv tshwj xeeb kev mob plab thiab yug me nyuam - Kos txhua qhov uas siv tau</p> <p>A. <input type="checkbox"/> Tsis muaj</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Kev pab txhawb kom yug me nyuam</p> <p>C. <input type="checkbox"/> Kev mob plab heev zuj zus ntawm kev yug me nyuam</p> <p>D. <input type="checkbox"/> Kev tshwm sim uas tsis yog qhov kawg (piv txwv li, tshau, xub pwg, plaub muag, ntsej muag cov kev tshwm sim, thiab tus me nyuam tig tav toj)</p> <p>E. <input type="checkbox"/> Cov tshuaj Steroid (glucocorticoids) rau kev loj hlob ntawm lub ntsws ntawm tus me nyuam hauv plab uas tau txais los ntawm niam txiv yug me nyuam ua ntej yug tau me nyuam.</p>		<p>F. <input type="checkbox"/> Cov tshuav tiv thaiv kab mob uas tau txais los ntawm tus niam txiv yug me nyuam hauv lub sij hawm mob plab yug me nyuam</p> <p>G. <input type="checkbox"/> Kev kuaj me nyuam nyob hauv plab sij hawm mob plab yug me nyuam los sis tus niam uas yuav yug me nyuam qhov kub txias=38 degree C (100.4 degree F)</p> <p>H. <input type="checkbox"/> Mob tsem tsawv/muaj kua tshaum tsuas nrog cov dej thaum yuav yug me nyuam</p> <p>I. <input type="checkbox"/> Thev tsis taus thaum yuav yug me nyuam yog ib los sis ntau yam hauv qab no kev nqis tes ua: cov kev ntsuas kev pab txoj sia rau me nyuam hauv plab, me nyuam mos hauv plab kev ntsuas, los sis kev phais yug me nyuam</p> <p>J. <input type="checkbox"/> Kev siv tshuaj kom txhob mob los sis tshuaj loog kom txhob mob duav hauv lub sij hawm yug me nyuam</p>
	<p>*Yog yug nrog kev siv rab ciaj phais mob sim tab sis ua tsis tiav?</p> <p style="text-align:center;"><input type="checkbox"/> Yog <input type="checkbox"/> Tsis yog</p>	<p>*Yog yug nrog kev siv nqus tawm sim tab sis ua tsis tau tiav?</p> <p style="text-align:center;"><input type="checkbox"/> Yog <input type="checkbox"/> Tsis yog</p>	
KEV MOB	<p>*Kev tshwm sim ntawm tus me nyuam hauv plab thaum yug - Kos ib qho</p> <p><input type="checkbox"/> Cephalic (yuav yug lawm, taub hau ua ntej (OA), taub hau tig rov qab (OP))</p> <p><input type="checkbox"/> Me nyuam yug los tig pob tw ua ntej (tig pob tw ua ntej, pob tw tag nrho, pob tw los ko taw tsa mus pem taub hau, ko taw los ua ntej)</p> <p><input type="checkbox"/> Lwm yam (lwm yam kev tshwm sim twg uas tsis tau teev tseg saum toj no)</p>		<p>*Txoj kev kawg thiab txoj hauv kev ntawm kev yug me nyuam - Kos rau ib qho</p> <p><input type="checkbox"/> Qhov Chaw Mos/Yug Ntawm Tus Kheej <input type="checkbox"/> Qhov Chaw Mos/Cov Ciaj Phais Mob</p> <p><input type="checkbox"/> Qhov Chaw Mos/Nqus Tawm <input type="checkbox"/> Phais Plab Yug Me Nyuam</p> <p>Yog tias phais yug me nyuam, puas tau muaj kev sim yug? <input type="checkbox"/> Yog</p> <p><input type="checkbox"/> Tsis yog</p>
	<p>*Kev mob ntawm leej niam (mob hnyav uas cuam tshuam nrog kev mob plab yug me nyuam thiab thaum yug tau) - Kos txhua qhov uas siv tau</p> <p>A. <input type="checkbox"/> Tsis muaj D. <input type="checkbox"/> Tsev me nyuam tawg G. <input type="checkbox"/> Qhov txheej txheem kho mob hauv chav phais mob uas tsis tau npaj tseg tom qab yug me nyuam tag</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Kev hloov ntshav ntawm leej niam E. <input type="checkbox"/> Kev txiav lub tsev me nyuam uas tsis tau npaj tseg</p> <p>C. <input type="checkbox"/> Kev ntuag ntawm chaw mos ntawm theem peb los sis plaub F. <input type="checkbox"/> Kev txais nkag mus rau chav saib xyuas mob hnyav</p>		
TUS ME NYUAM YUG	<p>Qhov hnyav ntawm tus me nyuam - sau phaus thiab ounces LOS SIS grams, tsis yog ob qho</p> <p>_____ phaus _____ ounces LOS SIS _____ grams</p>		<p>Qhov ntev ntawm tus me nyuam - sau nti thiab plaub nti LOS SIS centimeters (cm)</p> <p>_____ nti _____ plaub nti LOS SIS _____ cm</p>
	<p>Poj niam los txiv neej</p> <p><input type="checkbox"/> Poj niam <input type="checkbox"/> Txiv neej</p> <p><input type="checkbox"/> Tseem tsis tau txiav txim</p>	<p>*Kev khwv yees ntawm kev yug me nyuam thaum yug me nyuam</p> <p>_____ (tiav cov lim tiam)</p>	<p>*Tus qhab nias ntawm tus me nyuam yug tshiab lub cev muaj zog</p> <p>Qhab nias ntawm 5 feeb _____</p> <p>Qhab nias ntawm 10 feeb _____</p>

<p>Qhov ntau (suav nrog txhua tus me nyuam yug tau muaj sia thiab tuag hauv plab los ntawm plab me nyuam no)</p> <p>Qhia kom meej: 1 (ib tug), 2(ntxaib), 3 (ntxaib peb tug), thiab lwm yam ntxiv. _____</p>	<p>Yog tias tsis yog yug ib leeg, sau qhia qhov ntawm kev yug (thib ¹, thib ², thib ³, thiab lwm yam ntxiv.) _____</p>	<p>Yog tias tsis yog yug ib leeg, sau tus naj npawb ntawm cov me nyuam mos uas yug tau muaj sia nyob _____</p>						
<p>*Qhov mob tsis zoo li ib txwm ntawm tus me nyuam yug tshiab (tsis zoo los sis kev mob tseem ceeb uas tau ntsib los ntawm tus me nyuam yug tshiab) - Kos txhua qhov uas siv tau</p>								
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%; border:none;"> <p>A. <input type="checkbox"/> Tsis muaj</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Yuav tsum tau siv kev pab ua pa tam sim ntawd tom qab kev yug tau kiag</p> <p>C. <input type="checkbox"/> Yuav tsum tau siv kev pab ua pa rau ntev tshaj rau teev</p> </td> <td style="width:33%; border:none;"> <p>D. <input type="checkbox"/> Kev Txais Nkag Rau Hauv Chav NICU</p> <p>E. <input type="checkbox"/> Kev hloov tshuaj ua kom tawv txhob nruj rau tus me nyuam yug tshiab kev kho mob</p> <p>F. <input type="checkbox"/> Cov tshuaj tua kab mob uas tau txais los ntawm tus me nyuam yug tshiab rau xav tias tsam yog kis tau kab mob thaum yug tau tshiab</p> </td> <td style="width:33%; border:none;"> <p>G. <input type="checkbox"/> Qaug dab peg los sis mob loj rau lub paj hlwb tsis zoo</p> <p>H. <input type="checkbox"/> Kev raug mob thaum yug tau tseem ceeb ((cov) kev tawg ntawm pob txha, mob leeg ntshav ntau yam sib xyaws, thiab/los sis cov nqaij mos/khoom nruab nrog tawv hlab ntshav me uas yuav tsum muaj kev cuam tshuam)</p> </td> </tr> </table>			<p>A. <input type="checkbox"/> Tsis muaj</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Yuav tsum tau siv kev pab ua pa tam sim ntawd tom qab kev yug tau kiag</p> <p>C. <input type="checkbox"/> Yuav tsum tau siv kev pab ua pa rau ntev tshaj rau teev</p>	<p>D. <input type="checkbox"/> Kev Txais Nkag Rau Hauv Chav NICU</p> <p>E. <input type="checkbox"/> Kev hloov tshuaj ua kom tawv txhob nruj rau tus me nyuam yug tshiab kev kho mob</p> <p>F. <input type="checkbox"/> Cov tshuaj tua kab mob uas tau txais los ntawm tus me nyuam yug tshiab rau xav tias tsam yog kis tau kab mob thaum yug tau tshiab</p>	<p>G. <input type="checkbox"/> Qaug dab peg los sis mob loj rau lub paj hlwb tsis zoo</p> <p>H. <input type="checkbox"/> Kev raug mob thaum yug tau tseem ceeb ((cov) kev tawg ntawm pob txha, mob leeg ntshav ntau yam sib xyaws, thiab/los sis cov nqaij mos/khoom nruab nrog tawv hlab ntshav me uas yuav tsum muaj kev cuam tshuam)</p>			
<p>A. <input type="checkbox"/> Tsis muaj</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Yuav tsum tau siv kev pab ua pa tam sim ntawd tom qab kev yug tau kiag</p> <p>C. <input type="checkbox"/> Yuav tsum tau siv kev pab ua pa rau ntev tshaj rau teev</p>	<p>D. <input type="checkbox"/> Kev Txais Nkag Rau Hauv Chav NICU</p> <p>E. <input type="checkbox"/> Kev hloov tshuaj ua kom tawv txhob nruj rau tus me nyuam yug tshiab kev kho mob</p> <p>F. <input type="checkbox"/> Cov tshuaj tua kab mob uas tau txais los ntawm tus me nyuam yug tshiab rau xav tias tsam yog kis tau kab mob thaum yug tau tshiab</p>	<p>G. <input type="checkbox"/> Qaug dab peg los sis mob loj rau lub paj hlwb tsis zoo</p> <p>H. <input type="checkbox"/> Kev raug mob thaum yug tau tseem ceeb ((cov) kev tawg ntawm pob txha, mob leeg ntshav ntau yam sib xyaws, thiab/los sis cov nqaij mos/khoom nruab nrog tawv hlab ntshav me uas yuav tsum muaj kev cuam tshuam)</p>						
<p>*Yeej tsis muaj zog txij thaum yug tau los ntawm tus me nyuam yug tshiab (qhov tsis zoo ntawm tus me nyuam yug tshiab uas tau muaj xyuas ua ntej yug los sis tom qab yug tau) - Kos txhua qhov uas siv tau</p>								
<table style="width:100%; border:none;"> <tr> <td style="width:33%; border:none;"> <p>A. <input type="checkbox"/> Tsis muaj</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Tsis Muaj Pob Txha Taub Hau</p> <p>C. <input type="checkbox"/> Tawv Thaiv Paj Hlwb/Tus Mob Spina bifida</p> <p>D. <input type="checkbox"/> Cyanotic mob qog nqaij hlaw rau lub plawv</p> <p>E. <input type="checkbox"/> Qhov Tsis Zoo Hauv Lub Nrog Cev Ua Lub Qhov Tsis Nqawm</p> </td> <td style="width:33%; border:none;"> <p>F. <input type="checkbox"/> Mob tawv plab tsis nqawm ntawm txoj hlab ntaws (Omphalocele)</p> <p>G. <input type="checkbox"/> Mob tawv plab tsis nqawm (Gastroschisis)</p> <p>H. <input type="checkbox"/> Qhov mob ua rau txo tes taw (Limb reduction defect)</p> <p>I. <input type="checkbox"/> Muaj los tsis muaj Mob Khis Ncauj (Cleft Lip with or without) Qab Yiag Qhov Ncauj To (Cleft Palate)</p> </td> <td style="width:33%; border:none;"> <p>J. <input type="checkbox"/> Qab Yiag Qhov Ncauj To (Cleft Palate) ib qho</p> <p>K. <input type="checkbox"/> Kab Mob Ua Rau Lub Cev Tsis Txwm Pua (Tus Mob Trisomy 21) –</p> <p>L. <input type="checkbox"/> Paub tseeb tias muaj Karyotype</p> <p>M. <input type="checkbox"/> Tseem tos rau Karyotype</p> </td> </tr> <tr> <td style="width:33%; border:none;"> <p>N. <input type="checkbox"/> Xav tias muaj qhov tsis zoo ntawm chromosomal –</p> <p>O. <input type="checkbox"/> Paub tseeb tias muaj Karyotype</p> <p>P. <input type="checkbox"/> Tseem tos rau Karyotype</p> <p>Q. <input type="checkbox"/> Mob lub qhov tso zis ntawm tus me nyuam mos uas yog me nyuam tub (Hypospadias)</p> </td> <td colspan="2" style="border:none;"></td> </tr> </table>			<p>A. <input type="checkbox"/> Tsis muaj</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Tsis Muaj Pob Txha Taub Hau</p> <p>C. <input type="checkbox"/> Tawv Thaiv Paj Hlwb/Tus Mob Spina bifida</p> <p>D. <input type="checkbox"/> Cyanotic mob qog nqaij hlaw rau lub plawv</p> <p>E. <input type="checkbox"/> Qhov Tsis Zoo Hauv Lub Nrog Cev Ua Lub Qhov Tsis Nqawm</p>	<p>F. <input type="checkbox"/> Mob tawv plab tsis nqawm ntawm txoj hlab ntaws (Omphalocele)</p> <p>G. <input type="checkbox"/> Mob tawv plab tsis nqawm (Gastroschisis)</p> <p>H. <input type="checkbox"/> Qhov mob ua rau txo tes taw (Limb reduction defect)</p> <p>I. <input type="checkbox"/> Muaj los tsis muaj Mob Khis Ncauj (Cleft Lip with or without) Qab Yiag Qhov Ncauj To (Cleft Palate)</p>	<p>J. <input type="checkbox"/> Qab Yiag Qhov Ncauj To (Cleft Palate) ib qho</p> <p>K. <input type="checkbox"/> Kab Mob Ua Rau Lub Cev Tsis Txwm Pua (Tus Mob Trisomy 21) –</p> <p>L. <input type="checkbox"/> Paub tseeb tias muaj Karyotype</p> <p>M. <input type="checkbox"/> Tseem tos rau Karyotype</p>	<p>N. <input type="checkbox"/> Xav tias muaj qhov tsis zoo ntawm chromosomal –</p> <p>O. <input type="checkbox"/> Paub tseeb tias muaj Karyotype</p> <p>P. <input type="checkbox"/> Tseem tos rau Karyotype</p> <p>Q. <input type="checkbox"/> Mob lub qhov tso zis ntawm tus me nyuam mos uas yog me nyuam tub (Hypospadias)</p>		
<p>A. <input type="checkbox"/> Tsis muaj</p> <p>B. <input type="checkbox"/> Tsis Muaj Pob Txha Taub Hau</p> <p>C. <input type="checkbox"/> Tawv Thaiv Paj Hlwb/Tus Mob Spina bifida</p> <p>D. <input type="checkbox"/> Cyanotic mob qog nqaij hlaw rau lub plawv</p> <p>E. <input type="checkbox"/> Qhov Tsis Zoo Hauv Lub Nrog Cev Ua Lub Qhov Tsis Nqawm</p>	<p>F. <input type="checkbox"/> Mob tawv plab tsis nqawm ntawm txoj hlab ntaws (Omphalocele)</p> <p>G. <input type="checkbox"/> Mob tawv plab tsis nqawm (Gastroschisis)</p> <p>H. <input type="checkbox"/> Qhov mob ua rau txo tes taw (Limb reduction defect)</p> <p>I. <input type="checkbox"/> Muaj los tsis muaj Mob Khis Ncauj (Cleft Lip with or without) Qab Yiag Qhov Ncauj To (Cleft Palate)</p>	<p>J. <input type="checkbox"/> Qab Yiag Qhov Ncauj To (Cleft Palate) ib qho</p> <p>K. <input type="checkbox"/> Kab Mob Ua Rau Lub Cev Tsis Txwm Pua (Tus Mob Trisomy 21) –</p> <p>L. <input type="checkbox"/> Paub tseeb tias muaj Karyotype</p> <p>M. <input type="checkbox"/> Tseem tos rau Karyotype</p>						
<p>N. <input type="checkbox"/> Xav tias muaj qhov tsis zoo ntawm chromosomal –</p> <p>O. <input type="checkbox"/> Paub tseeb tias muaj Karyotype</p> <p>P. <input type="checkbox"/> Tseem tos rau Karyotype</p> <p>Q. <input type="checkbox"/> Mob lub qhov tso zis ntawm tus me nyuam mos uas yog me nyuam tub (Hypospadias)</p>								
<p>*Tus me nyuam mos puas tau txais kev pub mis rau thaum tso tawm tsev kawm ntawv? <input type="checkbox"/> Yog <input type="checkbox"/> Tsis yog</p>	<p>*Kev kuaj xyuas tus me nyuam yug tshiab daim npav qhia txog ntshav tus naj npawb _____</p>							
<p>*Tshuaj txhaj tiv thaiv kab mob rau tus me nyuam mos? <input type="checkbox"/> HEPB <input type="checkbox"/> HBIG <input type="checkbox"/> Tsis muaj</p>	<p>*Hnub uas tau txhaj tshuaj _____ / _____ / _____</p>							
<p>*Tshuaj txhaj tiv thaiv kab mob rau tus me nyuam mos? <input type="checkbox"/> HEPB <input type="checkbox"/> HBIG <input type="checkbox"/> Tsis muaj</p>	<p>*Hnub uas tau txhaj tshuaj _____ / _____ / _____</p>							
<p>*Puas tau xa tus me nyuam mos hauv 24 teev tom qab yug tau los? <input type="checkbox"/> Yog <input type="checkbox"/> Tsis Tau *Yog tias muaj, sau lub npe ntawm qhov chaw muab kev pab cuam _____</p>								
KEY MOB	<p>Puas yog tus me nyuam mos tuag lawm? <input type="checkbox"/> Yog <input type="checkbox"/> Tsis yog</p> <p><input type="checkbox"/> Tus me nyuam mos tau muab xa, xwm txheej tsis paub</p>	<p>*Yog tias yog, hnub tuag _____ / _____ / _____</p>						
	<p>*Lub sij hawm ntawm kev tuag (0000-2359)</p> <p>_____</p>	<p>*Pab pawg muaj lub luag hauj lwm saib xyuas: <input type="checkbox"/> Tsev Pam Tuag <input type="checkbox"/> Tsev Neeg <input type="checkbox"/> Tsev Kho Mob <input type="checkbox"/> Kws Kho Mob Kuaj Xyuas Tus Tuag/Kws Tshuaj Ntsuam Xyuas <input type="checkbox"/> Tsis Paub</p>						
	<p>*Tsev pam tuag muaj lub luag hauj lwm rau qhov kev saib xyuas</p>	<p>*Lub nroog ntawm tsev pam tuag</p>	<p>*Tus xov tooj ntawm tsev pam tuag ()</p>					
<p>*Kws ntawv pov thawj lub npe</p>		<p>*Cov ntawv pov thawj lub npe luv</p>	<p>*Hnub uas tau ua ntawv pov thawj</p> <p>_____ / _____ / _____</p>					