

ជំងឺដុំសាច់ខួរក្បាលមិនមែនមហារីក ឬការប៉ះទង្គិចក្បាលធ្ងន់ធ្ងរ
 Benign Brain Tumor / Major Head Trauma

ក. ព័ត៌មានទូទៅរបស់អ្នកជំងឺ Patient Information

ឈ្មោះអ្នកជំងឺ Patient's Name ភេទ Sex ប្រុស Male ស្រី Female អាយុ Age

លេខអត្តសញ្ញាណ ID/Passport no មុខរបរ Occupation

អាសយដ្ឋាន Address

ខ. កំណត់ត្រាវេជ្ជសាស្ត្ររបស់អ្នកជំងឺ Patient's Medical Records

1- សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការពិគ្រោះយោបល់និងរយៈពេលដែលមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិកបានធ្វើកំណត់ត្រា
 Please state date of consultation and period the Hospital/Clinic's record

កាលបរិច្ឆេទប្រឹក្សាយោបល់ដំបូង Date of First Consultation (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)	កាលបរិច្ឆេទប្រឹក្សាយោបល់ចុងក្រោយ Date of Last Consultation (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)	ចំនួនដងនៃការពិគ្រោះយោបល់ក្នុង កំឡុងពេលខាងលើ Number of consultations during the above period	ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក និងមូលហេតុ ពិគ្រោះយោបល់ (មានកាលបរិច្ឆេទ) Name of hospital/clinic and Reasons for consultations (with dates)

2- តើអ្នកជាវេជ្ជបណ្ឌិតប្រចាំរបស់អ្នកជំងឺដែរឬទេ? មែន Yes មិនមែន No
 Are you the patient's usual medical doctor?

i) បើ "មែន" តាំងពីពេលណា?/...../.....
 If "Yes", since when? (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

ii) បើ "មិនមែន" សូមប្រាប់ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានវេជ្ជបណ្ឌិតប្រចាំរបស់អ្នកជំងឺ
 If "No", please provide name and address of the patient's regular doctor

3- តើអ្នកជំងឺត្រូវបានគេបញ្ជូនឱ្យអ្នកឬទេ? មែន Yes មិនមែន No
 Was the patient referred to you?

បើ "មែន" សូមផ្តល់លម្អិត៖
 If "Yes", please provide:

i) កាលបរិច្ឆេទបញ្ជូនមកព្យាបាល/...../.....
 Date referred (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

ii) ហេតុផលដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនមកព្យាបាល
 Reason the patient was referred

iii) ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យណែនាំអោយបញ្ជូនមកព្យាបាល
 Name and address of doctor recommending the referral

iv) បើ "មិនមែន" តើអ្នកជំងឺបានមកពិគ្រោះយោបល់នៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិករបស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច?
 If "No", how did the patient come to consult at your hospital/clinic?

4- តើអ្នកបានបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតទេ? មែន Yes មិនមែន No
 Have you referred the patient to any other doctor?

- i) កាលបរិច្ឆេទបញ្ជូនមកព្យាបាល
Date referred/...../.....
(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)
- ii) ហេតុផលដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនមកព្យាបាល
Reason the patient was referred
.....
- iii) ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលត្រូវបញ្ជូនមកព្យាបាលបន្ត
Name and address of doctor referred to
.....

5- តើអ្នកជំងឺមានឬមិនធ្លាប់មានស្ថានភាពសុខភាពសំខាន់ៗ ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ឬជំងឺណាមួយ (ឧ៖ ដុំគីស្ទ សាច់មហារីក ជំងឺរលាកថ្លើម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសឈាម លើសខ្លាញ់ ជំងឺខ្វះគ្រាប់ឈាម ជាដើម)
ប្រសិនបើ មាន សូមផ្តល់លម្អិត៖
Does the patient have or ever have had any significant health conditions, medical history or any illness (e.g. cyst, malignant tumor, hepatitis, diabetes, hypertension, hyperlipidemia, anemia, etc.)
If "Yes", please provide:

ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរោគសញ្ញា Details of symptoms	ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដ Exact diagnosis	កាលបរិច្ឆេទធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ Date diagnosed	ការព្យាបាល Treatment

6- ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមានចែងក្នុងសំណួរ (៥) ខាងលើ
Name and address of doctor whom the patient consulted for the condition(s) stated in Question (5) above
.....

7- សូមផ្តល់ឯកសារជាប់ទាក់ទងនឹងការព្យាបាលខាងលើ
Please provide documentation regarding treatment above
.....

8- សូមប្រាប់លម្អិតអំពីទម្លាប់របស់អ្នកជំងឺទាក់ទងនឹងការជក់បារីពីមុននិងបច្ចុប្បន្នរួមទាំង រយៈពេលនៃការជក់ ចំនួនបារីជក់ក្នុងមួយថ្ងៃ និងប្រភពព័ត៌មាននេះ ៖
(មិនចាំបាច់បំពេញសម្រាប់កុមារ)។ Please give details of the patient's habits in relation to past and present smoking, including the duration of smoking habits, number of cigarettes smoked per day and source of this information: (Not applicable for child)

ចំនួនឆ្នាំនៃការជក់បារី No. of years of smoking	ចំនួនដើមក្នុងមួយថ្ងៃ No. of sticks per day	ប្រភពព័ត៌មាន Source of information

9- សូមប្រាប់លម្អិតអំពីទម្លាប់របស់អ្នកជំងឺទាក់ទងនឹងការសេពសុរាម្រាមទាំងបរិមាណនៃការសេពគ្រឿងស្រវឹង ភាពញឹកញាប់ និងប្រភពព័ត៌មាននេះ ៖
(មិនចាំបាច់បំពេញសម្រាប់កុមារ)។ Please give details of the patient's habits in relation to alcohol consumption, including the amount of the alcohol consumption, frequency and the source of this information. (Not applicable for child)

ប្រភេទអាវលកូល Type of alcohol	បរិមាណក្នុងការប្រើប្រាស់ Quantity per Consumption	ភាពញឹកញាប់ (ក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬ ខែៗ ល។) Frequency (per week / month, etc)	ប្រភពព័ត៌មាន Source of information

ក. ព័ត៌មានលម្អិតអំពី ជំងឺដុំសាច់ខួរក្បាលមិនមែនមហារីក Details of Illness - Benign Brain Tumor

1- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីស្ថានភាពជំងឺដុំសាច់ខួរក្បាលមិនមែនមហារីក៖
Please provide details of **Benign Brain Tumor** condition:

- i) កាលបរិច្ឆេទប្រឹក្សាយោបល់ដំបូង
Date of First Consultation/...../.....
(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)
- ii) ព័ត៌មានលម្អិតនៃរោគសញ្ញាដែលបានបង្ហាញក្នុងអំឡុងពេលពិគ្រោះយោបល់ដំបូង និងកាលបរិច្ឆេទរោគសញ្ញាទាំងនេះចាប់ផ្តើមដំបូង
Details of symptom(s) presented during the First consultation, and date these symptoms First started

.....

iii) តើអ្វីជាមូលហេតុនៃរោគសញ្ញា ?

What is the underlying cause(s) of the symptoms?

.....

iv) តើអ្វីជាការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដរបស់អ្នកអំពីស្ថានភាពនេះ ?

What was your exact diagnosis of this condition?

.....

លេខកូដ ICD-10 (បើមាន) ICD-10 Code (if applicable):

v) កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូង

...../...../.....

Date of First Diagnosis

(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

vi) កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកដំបូងដឹងជាមុនអំពីជំងឺ ឬ ស្ថានភាព

...../...../.....

Date the patient first became aware of the illness/condition

(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

1- សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទ និងព័ត៌មានលម្អិតនៃការស៊ើបអង្កេតដែលបានអនុវត្តសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ (ភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ថតចម្លងនៃរបាយការណ៍តេស្តពាក់ព័ន្ធ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ) Please provide dates and details of investigation performed for the diagnosis (attach a copy of all relevant test reports which confirmed the diagnosis).

.....

2- ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអ្នកដំបូង

Name and address of the doctor who First diagnosed the patient with this condition

.....

3- តើដុំសាច់បណ្តាលឱ្យមានការកើនឡើងនៃសម្ពាធ intracranial ដែរឬទេ ?

មាន Yes មិនមាន No

Has the tumor caused an increase in the intracranial pressure?

ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីស្ថានភាពគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិត ឬការខូចខាតប្រព័ន្ធប្រសាទ។

If "Yes", please provide details of the life-threatening condition and/or neurological deficits suffered.

.....

4- សូមឆ្លើយសំណួរខាងក្រោមទាក់ទងទៅនឹងជំងឺដុំសាច់ខួរក្បាលមិនមែនមហារីក

Please answer the following questions with regard to the **Benign Brain tumor**.

ប្រសិនបើ "មាន" ចំពោះសំណួរណាមួយសូមបញ្ជាក់ដោយមានភស្តុតាងគាំទ្រដូចជា រូបភាព MRI, CT ឬបច្ចេកទេសរូបភាពផ្សេងទៀតដែលអាចជឿទុកចិត្តបាន។

If "Yes" to any question, please elaborate with supporting evidence such as MRI, CT, or other reliable imaging techniques.

i) តើវាគំរាមកំហែងដល់អាយុជីវិតទេ ?

មាន Yes មិនមាន No

Is it life threatening?

ii) តើវាបណ្តាលឱ្យខូចខាតខួរក្បាលដែរឬទេ ?

មាន Yes មិនមាន No

Has it caused damage to the brain?

iii) តើវាត្រូវបានកាត់ហើយឬនៅ ?

មាន Yes មិនមាន No

Has it been surgically removed?

បើ "មាន" សូមបញ្ជាក់៖

If "Yes", please state:

a- ប្រភេទនៃការកាត់៖

Type of Surgery:

.....

b- កាលបរិច្ឆេទនៃការកាត់

...../...../.....

Date of Surgery

(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

c- តើដុំសាច់ត្រូវបានយកចេញទាំងស្រុង ឬដោយផ្នែក ?

ទាំងស្រុង Totally Removed ដោយផ្នែក Partially removed

Has tumor been totally or partially removed?

d- ព័ត៌មានលម្អិតអំពីលទ្ធផលវិភាគដុំសាច់

Details of Biopsy result

.....

iv) ប្រសិនបើដុំសាច់មិនអាចព្យាបាលបាន តើវាបណ្តាលឱ្យមានខូចខាតប្រព័ន្ធប្រសាទឬទេ? មាន Yes មិនមាន No

If the tumor is inoperable, has it caused any neurological deficits?

បើ“ មាន” សូមបញ្ជាក់៖ If “Yes”, please state:

a) ព័ត៌មានលម្អិតភាពចុះខ្សោយនៃប្រព័ន្ធប្រសាទបានទទួលរងនូវ:
Details of the neurological deficits suffered:

.....

b) តើភាពចុះខ្សោយនៃប្រព័ន្ធប្រសាទមានលក្ខណៈជាអចិន្ត្រៃយ៍ទេ? មែន Yes មិនមែន No
Are the neurological deficits permanent?

5- តើស្ថានភាពរបស់អ្នកជំងឺជាដុំក្រូច ដុំសាច់បង្កោ ភាពមិនប្រក្រតីនៃសរសៃឈាម ឬកំណកឈាម? មែន Yes មិនមែន No
Is the patient's condition a cyst, a granuloma, vascular malformation of the brain or hematomas?

បើ“ មែន” សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទ។

If “Yes”, please state the type.

.....

6- តើដុំសាច់របស់អ្នកជំងឺជាដុំក្នុងក្រពេញ Pituitary ឬក្នុងខួរឆ្អឹងខ្នង ឬជាដុំក្នុងប្រព័ន្ធបញ្ជាសំលេងមែនឬទេ? មែន Yes មិនមែន No

បើ“ មែន” សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទ។

Is the patient's tumor of the pituitary or spinal cord or Acoustic Nerve? If “Yes”, please state the type.

.....

ឃ. ព័ត៌មានលម្អិតអំពី ការប៉ះទង្គិចក្បាលធ្ងន់ធ្ងរ Details of Illness - Major Head Trauma

1- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីស្ថានភាពការប៉ះទង្គិចក្បាលធ្ងន់ធ្ងរ ៖
Please provide details of **Major Head Trauma** condition:

i) កាលបរិច្ឆេទប្រឹក្សាយោបល់ដំបូង/...../.....
Date of First Consultation (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

ii) ព័ត៌មានលម្អិតនៃរោគសញ្ញាដែលបានបង្ហាញក្នុងអំឡុងពេលពិគ្រោះយោបល់ដំបូង និងកាលបរិច្ឆេទរោគសញ្ញាទាំងនេះចាប់ផ្តើមដំបូង
Details of symptom(s) presented during the First consultation, and date these symptoms First started

.....

iii) តើអ្វីជាមូលហេតុនៃរោគសញ្ញា?
What is the underlying cause(s) of the symptoms?

.....

iv) តើអ្វីជាការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដរបស់អ្នកអំពីស្ថានភាពនេះ?
What was your exact diagnosis of this condition?

.....

លេខកូដ ICD-10 (បើមាន) ICD-10 Code (if applicable):

v) កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូង/...../.....
Date of First Diagnosis (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

vi) កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកជំងឺបានដឹងជាមុនអំពីជំងឺ ឬស្ថានភាព/...../.....
Date the patient first became aware of the illness/condition (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

2- សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទ និងព័ត៌មានលម្អិតនៃការស៊ើបអង្កេតដែលបានអនុវត្តសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ (ភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ថតចម្លងនៃរបាយការណ៍តេស្តពាក់ព័ន្ធ និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ) Please provide dates and details of investigation performed for the diagnosis (attach a copy of all relevant test reports which confirmed the diagnosis).

.....

3- តើស្ថានភាពនេះបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ឬ? មែន Yes មិនមែន No

Was the condition a result of an Accident?

បើ“ មិនមែន” សូមបន្តទៅសំណួរទី ៤ ក្នុងទំព័រទី ៥ ។ If “No”, please proceed to Question 4 in page 5.

បើ "មែន" សូមណែនាំ៖ If "Yes", please advise:

កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) Date of Accident (dd/mm/yyyy)	ពេលវេលាគ្រោះថ្នាក់ (ព្រឹក ឬល្ងាច) Time of Accident (AM/PM)	កន្លែងគ្រោះថ្នាក់ Place of Accident

- i) ពណ៌នាលម្អិតពីហេតុការណ៍គ្រោះថ្នាក់ដែលបានកើតឡើង
Describe in detail how the accident happened
.....
 - i) រៀបរាប់ពីទំហំនិងភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃខួរក្បាល ផ្ទៃមុខ ខួរឆ្អឹងខ្នង ឬការងាររូស ពិការភាពលើរាងកាយ រួមទាំងកន្លែងជាក់លាក់នៃរាងកាយ។
Describe the extent and severity of the brain, facial, spinal cord and/or bodily injuries/disability sustained, including exact site(s) of the body
.....
 - ii) តើគ្រោះថ្នាក់បានរាយការណ៍ទៅប៉ូលីសទេ ? មាន Yes មិនមាន No
Was the accident reported to the police?
a) បើ " មិនមាន " ហេតុអ្វីមិនទៅរាយការណ៍ ? If "No", why not?
.....
b) បើ " មាន " សូមផ្តល់របាយការណ៍ប៉ូលីសស្តីពីគ្រោះថ្នាក់។ If "Yes", provide a police report of the accident.
 - iii) តើការងាររូសបណ្តាលមកពីការធ្វើបាបខ្លួនឯងទេ ? Did the injury result from a self-inflicted act? មាន Yes មិនមាន No
a) បើ " មាន " សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត។ If "Yes", please provide full details.
.....
- 4- តើអ្នកជំងឺត្រូវសម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដោយសារអាការៈរោគ ឬផលវិបាកណាមួយដែរឬទេ ? មាន Yes មិនមាន No
Was the patient hospitalized for the condition or its related symptoms or complications?
i) បើ " មាន " សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត If "Yes", please provide full details

កាលបរិច្ឆេទចូលមន្ទីរពេទ្យ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) Date of hospitalization (dd/mm/yyyy)	មូលហេតុចូលមន្ទីរពេទ្យ Reasons for hospitalizations	របៀបនៃការទទួលបានការព្យាបាល Treatment received	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត ឬ គ្រូពេទ្យរះកាត់និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ Name of doctor/surgeon & Address of hospital

5- សូមវាយតម្លៃសមត្ថភាពអ្នកជំងឺរបស់អ្នកដើម្បីអនុវត្តសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃដូចខាងក្រោម៖
Please grade patient's ability to perform the following Activities of Daily Living (ADL), as follow:

សកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ ADL	និយមន័យ Definition	សមត្ថភាពក្នុងការអនុវត្ត Ability
ការបំបាត់ទី Transfer	ការអង្គុយ និងក្រោកឈរពីកៅអី Getting in and out of a chair	<input type="checkbox"/> មានជំនួយ Requires assistance <input type="checkbox"/> មិនមានជំនួយ Doesn't Requires assistance
ការចល័ត Mobility	សមត្ថភាពក្នុងការផ្លាស់ទីពីបន្ទប់មួយទៅបន្ទប់មួយ The ability to move from room to room	<input type="checkbox"/> មានជំនួយ Requires assistance <input type="checkbox"/> មិនមានជំនួយ Doesn't Requires assistance
ការបញ្ជ្រាបបង់ Continence	សមត្ថភាពក្នុងការគ្រប់គ្រងតួនាទីក្នុងការបត់ដើងធំ និង បត់ដើងតូចដើម្បីថែរក្សាអនាម័យផ្ទាល់ខ្លួន។ The ability to voluntarily control bowel and bladder functions such as to maintain personal hygiene	<input type="checkbox"/> មានជំនួយ Requires assistance <input type="checkbox"/> មិនមានជំនួយ Doesn't Requires assistance
ការស្លៀកពាក់ Dressing	ការស្លៀក និង ដោះគ្រប់សំលៀកបំពាក់ Putting on and taking off all items of clothing	<input type="checkbox"/> មានជំនួយ Requires assistance <input type="checkbox"/> មិនមានជំនួយ Doesn't Requires assistance

ការងូតទឹក ឬលាងសម្អាត Bathing/Washing	លទ្ធភាពក្នុងការលុបលាងខ្លួនក្នុងអាងទឹក ឬ ការងូតទឹកផ្កាយ (រួមទាំងការចូល ឬ ចេញពីអាងទឹក) ឬ អាចលុបលាងបានសមស្របបំណងដោយវិធីណាមួយទៀត The ability to wash in the bath or shower (including getting in or out of the bath or shower) or wash by any other means	<input type="checkbox"/> មានជំនួយ Requires assistance <input type="checkbox"/> មិនមានជំនួយ Doesn't Requires assistance
ការបរិភោគ Eating	រាល់សកម្មភាពទាំងអស់ក្នុងការបរិភោគម្ហូបអាហារចូលក្នុងរាងកាយ All tasks of getting food into the body once it has been prepared	<input type="checkbox"/> មានជំនួយ Requires assistance <input type="checkbox"/> មិនមានជំនួយ Doesn't Requires assistance

ង. ព័ត៌មានផ្សេងទៀត Other Information

- 1- តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានជំងឺ **ជំងឺដុំសាច់ខួរក្បាលមិនមែនមហារីក ឬ ការប៉ះទង្គិចក្បាលធ្ងន់ធ្ងរ** ឬជំងឺដែលពាក់ព័ន្ធដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
 Has the patient previously suffered from Benign Brain Tumor/Major Head Trauma or any related illness?
 បើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតរួមមានកាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ រោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ ការព្យាបាល ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់គ្រូពេទ្យ។
 If "Yes", please provide details including date of diagnosis, exact diagnosis, treatment prescribed, name and address of attending doctor.
- 2- តើអ្នកអាចបញ្ជាក់បានទេថា ការវិវឌ្ឍន៍ដែលអាចឈានដល់ការស្លាប់គឺ អាចកើតមាននៅក្នុងរយៈពេលណា?
 Can you confirm that the advent of death is highly probable within?
- i) ប្រាំមួយ (៦) ខែ ? Six (6) months? បាទ/ចាស Yes ទេ No
- ii) ដប់ពីរ (១២) ខែ ? Twelve (12) months? បាទ/ចាស Yes ទេ No
- បើ "បាទ / ចាស" សូមពន្យល់និងផ្តល់របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់គាំទ្រទស្សនៈនេះ។
 Please describe and provide relevant medical reports that support this view.
- 3- សូមពិពណ៌នានិងពន្យល់លម្អិតអំពីលក្ខណៈនៃភាពធ្ងន់ធ្ងរសម្រាប់ពិការភាពរបស់អ្នកជំងឺ ប្រសិនបើមាន។
 Please describe and elaborate on the nature and severity of the patient's disability, if any.
- 4- សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ទាំងអស់រួមមាន របាយការណ៍ជំនាញឬរបាយការណ៍មន្ទីរពេទ្យ, MRI, CT ឬ បច្ចេកទេសរូបភាពថតចម្លងផ្សេងៗ ដែលអាចជឿទុកចិត្តបាន, របាយការណ៍ធ្វើវិភាគដុំសាច់, ភស្តុតាងមន្ទីរពិសោធន៍, របាយការណ៍រកកាត់។ល។ Please enclose a copy of all reports including specialist or hospital reports, MRI, CT or other imaging techniques, biopsy reports, laboratory evidence, surgical report, etc.

ច. ព័ត៌មានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានព្យាបាល Physician's Information

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានព្យាបាល Name of physician លេខទូរសព្ទ Contact no

អាសយដ្ឋាន Address អ៊ីមែល Email

ខ្ញុំសូមប្រកាសថាចម្លើយដែលបានឆ្លើយទាំងអស់ក្នុងទម្រង់បែបបទនេះ គឺជាការពិតប្រាកដតាមការយល់ដឹង និងជឿជាក់ដ៏ខ្ពង់ខ្ពស់របស់ខ្ញុំ។
 I hereby declare that all the answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.

ហត្ថលេខារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត Physician's Signature _____

កាលបរិច្ឆេទ Date/...../..... (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy) _____ ត្រាមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក Hospital or clinic Stamp _____