

**ការវះកាត់ជួសជុលសរសៃឈាមបេះដូង ឬ ការវះកាត់សរសៃឈាមបេះដូង**  
**Coronary Angioplasty / Coronary Artery By-Pass Surgery**

**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)	ចំនួនដងនៃការពិគ្រោះយោបល់ក្នុងកំឡុងពេល ខាងលើ Number of consultations during the above period	ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក និងមូលហេតុពិគ្រោះ យោបល់ (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) ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យណែនាំឱ្យបញ្ជូនមកព្យាបាល  
 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?  មាន Yes  មិនមាន No

Have you referred the patient to any other doctor?

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

5- តើអ្នកជំងឺមានឬមិនធ្លាប់មានស្ថានភាពសុខភាពសំខាន់ៗ ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ឬជំងឺណាមួយ (ឧ៖ ជុំគីស្ទ សាច់មហារីក ជំងឺរលាកថ្លើម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសឈាម លើសខ្លាញ់ ជំងឺខ្វះគ្រាប់ឈាម ជាដើម)  មាន Yes  មិនមាន No  
 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 ៖  
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:

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

9- សូមប្រាប់លម្អិតអំពីទម្លាប់របស់អ្នកជំងឺទាក់ទងនឹងការសេពសុរាម្រាមទាំងបរិមាណនៃការសេពគ្រឿងស្រវឹង ភាពញឹកញាប់ និងប្រភពព័ត៌មាននេះ។  
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.

ប្រភេទអាស៊ីត Type of alcohol	បរិមាណក្នុងការប្រើប្រាស់ Quantity per Consumption	ភាពញឹកញាប់ (ក្នុងមួយសប្តាហ៍ ឬ ខែ ១ ល។) ឬ ខែ ១ ល។) Frequency (per week / month, etc)	ប្រភពព័ត៌មាន Source of information

**គ. ព័ត៌មានលម្អិតអំពី Details of Illness**

1- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីជំងឺបេះដូងដែលនាំឱ្យមានការកាត់ ឬជំងឺសរសៃឈាមធ្ងន់ធ្ងរ៖  
Please provide details of the heart disease leading to Surgery or Serious Coronary Artery Disease:

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

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 ឬ ស្ថានភាពនេះ ...../...../.....  
 Date the patient first became aware of the illness/condition (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

2- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសជំងឺបេះដូងដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអ្នកជំងឺដំបូង  
 Name and address of the cardiologist who first diagnosed the patient with this condition

.....

3- សូមត្រួតពិនិត្យប្រភេទនៃការវះកាត់ដែលបានអនុវត្ត  
 Please tick the type of surgery performed

ប្រភេទនៃការវះកាត់ the type of surgery performed	ការអនុវត្តន៍វះកាត់ surgery performed
ការវះកាត់តសរសៃឈាមបេះដូង Coronary Artery Bypass Surgery	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No
ការវះកាត់តាមបច្ចេកទេសរះចោះ Keyhole Surgery	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No
ការព្យាបាលតាមរបៀប អ៊ីអ៊ីស៊ីស៊ី (EECP) Enhanced External Counter-pulsation	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No
បច្ចេកទេសព្យាបាលដោយឡាស៊ែរ Trans-myocardial Laser	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No
ការវះកាត់ទៅលើផ្នែកខាងក្នុងសរសៃឈាម Atherectomy	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No
ការវះកាត់ជួសជុលសរសៃឈាមបេះដូង Angioplasty	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No

ផ្សេងទៀត (សូមបញ្ជាក់) Other (Please specify): .....

4- កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់ត្រូវបានអនុវត្ត ...../...../.....  
 Date of surgery was performed (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

5- សូមបញ្ជាក់សរសៃឈាមបេះដូងដែលពាក់ព័ន្ធនិងកម្រិតភាគរយ (%) នៃការរួមតូចចង្អៀតនិងភ្ជាប់ឯកសារចំលងនៃរបាយការណ៍ជួសជុលសរសៃឈាមបេះដូង  
 Please specify the coronary arteries involved and the degree (%) of narrowing and attach a copy of Angiogram report

សរសៃឈាមបេះដូង Coronary Artery	ការរួមតូចនៃសរសៃឈាម Stenosis	ភាគរយនៃការរួមតូច % of Stenosis
ទងសរសៃធំខាងឆ្វេងរបស់បេះដូង Left Main Stem Artery	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No	
ផ្នែកខាងឆ្វេងនៃសរសៃឈាមបេះដូង Left Anterior Descending Artery	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No	
សរសៃឈាមកោងរបស់បេះដូងខាងឆ្វេង Left Circumflex Artery	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No	
សរសៃឈាមបេះដូងខាងស្តាំ Right Coronary Artery	<input type="checkbox"/> មាន Yes <input type="checkbox"/> មិនមាន No	

6- ប្រសិនបើការវះកាត់បើកទ្រូង (បើកបេះដូង) ត្រូវបានអនុវត្តសូមបញ្ជាក់  
 If an open chest (open heart) surgery was performed, please state:

(i). Number of grafts ចំនួនសរីរាង្គ ឬជាលិកាដែលត្រូវជួសជុល

(ii). Sites of grafts inserted កន្លែងភ្ជាប់សរីរាង្គ ឬជាលិកា

7- ឈ្មោះគ្រូពេទ្យរក្សាកាត់ដែលធ្វើការកាត់ហើយ និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យដែលការកាត់ត្រូវបានអនុវត្ត  
Name of surgeon(s) who performed the surgery, and the name and address of the hospital at which surgery was performed

8- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការព្យាបាលផ្សេងទៀតដែលបានផ្តល់ជូន  
Please provide full detail of any other treatment provided

9- តើការកាត់ខាងលើត្រូវបានចាត់ទុកជាការចាំបាច់ខាងវេជ្ជសាស្ត្រដែលពិគ្រោះយោបល់ដោយវេជ្ជបណ្ឌិតឯកទេសបេះដូងដែរឬទេ?  មែន Yes  មិនមែន No  
Was the above surgery considered medically necessary by the consultant cardiologist?

10- តើអ្នកជំងឺធ្លាប់ទទួលការកាត់ប្រហាក់ប្រហែលគ្នាពីមុនឬទេ?  មាន Yes  មិនមែន No  
Has the patient undergone a similar surgery before?  
បើ“មាន” សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតរួមមានកាលបរិច្ឆេទនិងទីកន្លែងនៃការកាត់និងមូលហេតុនៃការកាត់  
If “Yes”, please provide detail, including date and place of surgery, and the reasons for the surgery

11- តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ឬជំងឺដែលពាក់ព័ន្ធដែរឬទេ?  មាន Yes  មិនមែន No  
Did the patient previously suffer from coronary artery disease or any related illness?  
បើ“មាន” សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតរួមមានកាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងការព្យាបាល  
If “Yes”, please provide details including date of diagnosis and treatment prescribed

12- តើនីតិវិធីស៊ើបអង្កេតផ្សេងទៀតត្រូវបានអនុវត្តដែរឬទេ?  មាន Yes  មិនមែន No  
Have any other investigative tests or procedure been performed?  
បើ“មាន” សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនិងភ្ជាប់ឯកសារថតចម្លងឯកសារ  
If “Yes”, please provide detail and attach a copy of the result

**ង. ព័ត៌មានផ្សេងទៀត Other Information**

1- តើអ្វីទៅជាការព្យាករណ៍នៃស្ថានភាពរបស់អ្នកជំងឺ?  
What is the prognosis of the patient’s condition?

2- តើអ្នកជំងឺមានប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនដែលអាចបង្កើនហានិភ័យនៃស្ថានភាពនេះដែរឬទេ?  មាន Yes  មិនមាន No  
(ឧ. ភាពធ្ងន់ធ្ងរ លើសសម្ពាធឈាម លើសជាតិខ្លាញ់ ទឹកនោមផ្អែម ឈឺទ្រូងឬជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងដទៃទៀត)  
Is there anything in the patient’s personal medical history which would have increased the risk of this condition (e.g. obesity, hypertension, hyperlipidemia, diabetes, angina or other cardiovascular disease, etc.)  
បើ“មាន” សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត៖ If “Yes”, please give details:

រោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដ Exact diagnosis	កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ Date of diagnosis	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក Name of doctor & address of hospital/clinic

3- តើមានប្រវត្តិគ្រួសាររបស់អ្នកជំងឺដែលអាចបង្កើនហានិភ័យនៃនៃស្ថានភាពនេះដែរឬទេ?  មាន Yes  មិនមាន No

Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of this condition?

បើ "មាន" សូមប្រាប់លម្អិត If "Yes", please give details:

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ Relationship with patient	ប្រភេទជំងឺ Nature of illness	អាយុនៃការចាប់ផ្តើម Age of onset	ប្រភពព័ត៌មាន Source of information

4- តើអ្នកជំងឺនៅតែបន្តតាមដានជាមួយអ្នកដែរឬទេ?  មាន Yes  មិនមាន No

Is the patient still in follow-up?

បើ "មាន" សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទសម្រាប់ការណាត់ជួបលើកក្រោយ

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

If "Yes", please state date for next appointment

( ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy )

បើ "មិនមាន" សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ

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

If "No", please state date of discharge

( ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy )

5- អ្នកមានដឹងអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត (នៅប្រទេសកម្ពុជា ឬនៅក្រៅប្រទេស) ដែលអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះយោបល់អំពី  មាន Yes  មិនមាន No

ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូង ឬជំងឺណាមួយដែរឬទេ? Are you aware of any other doctor(s) (in Cambodia or Overseas) whom the patient consulted for coronary artery Disease or any possible related illness?

បើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត៖ If "Yes", please give details:

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក Name of doctor & address of hospital/clinic	កាលបរិច្ឆេទពិគ្រោះយោបល់ដំបូងនិងចុងក្រោយ Date of first & last consultation	ហេតុផលសម្រាប់ការពិគ្រោះយោបល់ Reasons for consultation

**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