

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. កំណត់ត្រារប្រវត្តិសាស្ត្ររបស់អ្នកជំងឺ Patient's Medical Records

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

2- បើ "មែន" តើកំណត់ត្រារបស់អ្នកមានរយៈពេលប៉ុន្មានហើយ? មែន Yes មិនមែន No
 If yes, over what period do your records extend to?

កាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើម (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) Start date (dd/mm/yyyy)	កាលបរិច្ឆេទបញ្ចប់ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) End date (dd/mm/yyyy)

3- តើអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះយោបល់ជាមួយអ្នកអំពីស្ថានភាពនេះដំបូងនៅពេលណា?/...../.....
 When did the patient first consult you for this condition? (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

4- សូមបញ្ជាក់ពីរោគសញ្ញាដែលស្តែងឡើង និង កាលបរិច្ឆេទរោគសញ្ញាស្តែងឡើងដំបូង។
 Please state symptoms presented and date symptoms first appeared.

រោគសញ្ញាដែលស្តែងឡើងនៅពេលមកពិគ្រោះយោបល់លើកដំបូង Symptoms Presented at First Consultation	កាលបរិច្ឆេទនៃរោគសញ្ញាដែលស្តែងឡើងដំបូង (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) Date Symptoms First Started (dd/mm/yyyy)

5- តើអ្វីទៅ ឬ នរណាជាប្រភពនៃព័ត៌មាននេះ? What / who is the source of this information?

6- តាមគំនិតរបស់អ្នក តើមានរយៈពេលប៉ុន្មានហើយដែលអ្នកជំងឺកើតមានរោគសញ្ញាទាំងនេះ? សូមផ្តល់ហេតុផល។
 In your opinion, what were the likely durations of the patient's symptoms? Please provide reasons.

7- តើអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យដទៃទៀតឬទេ សម្រាប់រោគសញ្ញាទាំងនេះមុនពេលគាត់ពិគ្រោះជាមួយអ្នក? មាន Yes មិនមាន No
 Did the patient consult any other doctors for these symptoms **before** he/she consulted you?
 បើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនៅខាងក្រោម។ If yes, please provide details below.

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត Name of Doctor	ឈ្មោះគ្លីនិក ឬ មន្ទីរពេទ្យនិងអាសយដ្ឋាន Name of Clinic / Hospital and Address

គ. ព័ត៌មានលម្អិតអំពីជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ Details of Critical Illness

1- តើរោគវិនិច្ឆ័យគឺជាអ្វី? សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនៃរោគវិនិច្ឆ័យ
 What is the diagnosis? Please provide full details of the diagnosis

.....

i) កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ/...../.....
 Date of diagnosis (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

ii) សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត គ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូងគេ។
 Please provide the name and address of doctor and clinic/hospital where the diagnosis was first made.

.....

iii) កាលបរិច្ឆេទដំបូងដែលអ្នកជំងឺបានដឹងជាមុនអំពីរោគវិនិច្ឆ័យ/...../.....
 Date when patient was first made aware of the diagnosis (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

2- តើទីតាំង ឬ សរីរាង្គណាខ្លះដែលជាប់ពាក់ព័ន្ធ?
 What was the site or organ involved?

.....

i) តើអ្វីជារោគវិនិច្ឆ័យនៃជាលិកាសាស្ត្រលើជំងឺនេះ? (សូមផ្តល់នូវលទ្ធផលជាលិកាសាស្ត្រនៃការវិភាគដុំសាច់)?
 What is the histological diagnosis of the disease (please provide histology of the tumor)?

.....

ii) តើ ដុំសាច់ស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលណា? សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតដោយបញ្ជាក់ពីចំណាត់ថ្នាក់ឲ្យបានសមស្រប (ឧ៖ ចំណាត់ថ្នាក់ TNM ១ ល។) ។
 What is the staging of the tumor? Please provide full details using appropriate staging classification (e.g. TNM Classification, etc.).

.....

a) តើជំងឺនេះបានរាលដាលទាំងស្រុង នៅផ្នែកណាមួយនៃរាងកាយឬនៅ? មាន Yes មិនមាន No
 Was the disease completely localized?

b) តើមានការរីករាលដាលនៃជាលិកាដែលនៅជុំវិញហើយឬនៅ? ត្រឹមត្រូវ Yes មិនត្រឹមត្រូវ No
 Was there invasion of adjacent tissues?

c) តើនៅកន្លែងជុំវិញ មានប្រព័ន្ធទឹករងៃ (ក្រពេញកូនកណ្តុរ) ពាក់ព័ន្ធឬនៅ? ត្រឹមត្រូវ Yes មិនត្រឹមត្រូវ No
 Were regional lymph nodes involved?

d) តើមានការរាលដាលទៅកោសិកាដែលនៅឆ្ងាយដែរឬទេ? ត្រឹមត្រូវ Yes មិនត្រឹមត្រូវ No
 Were there distant metastases?
 ប្រសិនបើ “ត្រឹមត្រូវ” សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតទាំងអស់រួមទាំងទីកន្លែងនៃការរាលដាល។ ល។
 If yes, please provide full details, including site of any metastases, etc.

.....

3- ប្រសិនបើការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យគឺ ជំងឺមហារីកឈាម សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីប្រភេទនៃជំងឺមហារីកឈាមនោះ។
If the diagnosis is leukemia, please provide details of actual type.

4- ក្នុងករណីជា ជំងឺមហារីកស្បែក សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពី ទំហំ កម្រាស់ (ការបែងចែកចំណាត់ថ្នាក់ Breslow) និង ជម្រៅនៃការរាវជាល។
In the case of a malignant melanoma, please give full details of size, thickness (Breslow Classification) and depth of invasion.

5- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនៃការព្យាបាលទាំងអស់ (ឧ៖ ការវះកាត់ ការព្យាបាលដោយប្រើគីមី ការព្យាបាលដោយប្រើវិទ្យុសកម្ម ។ ល។) រួមទាំងកាលបរិច្ឆេទ និងរយៈពេលនៃការព្យាបាលនីមួយៗ។ Please provide full details of all treatment provided (e.g. surgery, chemotherapy, radiotherapy, etc.), including dates and duration of each treatment.

ការព្យាបាលដែលបានផ្តល់ Treatment provided	កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) និងរយៈពេលនៃការព្យាបាលនីមួយៗ Dates (dd/mm/yyyy) and duration of each treatment

6- តើការវិភាគដុំសាច់ត្រូវបានអនុវត្តដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
Was a biopsy of the tumor performed?

7- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនៃការស៊ើបអង្កេតទាំងអស់ដែលបានអនុវត្ត និងភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ទាំងអស់នោះ ។ របាយការណ៍វិភាគដុំសាច់, Cytology និងរបាយការណ៍ជាលិកាសាស្ត្រ កាំរស្មី X CT និង MRI ការសិក្សារូបភាពផ្សេងទៀត, ភស្តុតាងមន្ទីរពិសោធន៍ របាយការណ៍វះកាត់ និងរបាយការណ៍មន្ទីរពេទ្យពាក់ព័ន្ធផ្សេងទៀត។ Please provide details of all investigations performed and enclose copies of all reports, e.g. biopsy reports, cytology and histopathology reports, X-rays, CT and MRI scans, other imaging studies, laboratory evidence, surgical reports and other relevant hospital reports.

8- សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋាន គ្លីនិក ឬមន្ទីរពេទ្យទាំងអស់ដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនទៅព្យាបាល ឬចូលពិគ្រោះយោបល់សម្រាប់ស្ថានភាពនេះរួមជាមួយ ឈ្មោះរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានពិគ្រោះយោបល់។ Please provide the names and addresses of all clinics/hospitals to which the patient has been referred to or attended for this condition together with the names of the doctors consulted.

យ. ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ MEDICAL HISTORY

1- តើអ្នកជំងឺមានប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនដែលអាចបង្កើនហានិភ័យលើជំងឺមហារីក ដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
Is there anything in the patient's personal medical history which would have increased the risk of Cancer?
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

2- តើអ្នកជំងឺមានប្រវត្តិគ្រួសារដែលអាចបង្កើនហានិភ័យលើជំងឺមហារីក ដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of Cancer?

បើ“ មាន” សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត៖ If “Yes”, please give details:

រោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដ Exact diagnosis	ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ Relationship to the patient	កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ Date of diagnosis	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក Name of doctor & address of hospital/clinic

- 3- តើអ្នកជំងឺមានឬមិនធ្លាប់មានស្ថានភាពសុខភាពសំខាន់ៗ ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
 ប្រសិនបើ មាន សូមផ្តល់លម្អិត៖
 Does the patient have or ever have had any significant health conditions?
 If “Yes”, please provide:

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

- 4- 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

- 5- 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)

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

- 6- សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ទាំងអស់រួមមាន របាយការណ៍ជំនាញឬរបាយការណ៍មន្ទីរពេទ្យ, របាយការណ៍ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ លទ្ធផលអេកូ របាយការណ៍វិភាគដុំសាច់, របាយការណ៍វះកាត់ ភស្តុតាងមន្ទីរពិសោធន៍។ ល។ Please enclose a copy of all reports including specialist or hospital reports, diagnostic test result, ultrasound, biopsy reports, surgical reports, laboratory evidence, etc.

ង. ព័ត៌មានផ្សេងៗ Others Information

- 1- តើស្ថានភាពនេះមានលក្ខណៈជាដុំមហារីកដែលមិនទាន់រាលដាលដល់កោសិកានៃសរីរាង្គផ្សេងទៀតមែនដែរ ឬទេ? មែន Yes មិនមែន No
 Is the condition carcinoma-in-situ?
- 2- តើស្ថានភាពនេះមានលក្ខណៈជាដុំសាច់ដែលមិនទាន់ក្លាយទៅជាមហារីក មិនទាន់ប្រាកដថាជាមហារីក សង្ស័យថាជាដុំដើមហារីក ឬ ដុំមហារីកដែលមិនទាន់រាលដាល មែនដែរឬទេ? មែន Yes មិនមែន No
 Is the condition pre-malignant, borderline malignant, suspicious malignant potential or non-invasive?

- 3- តើស្ថានភាពនេះមានលក្ខណៈជាដុំសាច់ដែលមានការរីកលូតលាស់ខុសធម្មតានៃកោសិកាមាត់ស្បូន ដំណាក់កាល CIN1 CIN2
CIN3 មែនដែរឬទេ? Is the condition Cervical Dysplasia CIN 1, CIN 2, CIN 3? មែន Yes មិនមែន No
- 4- តើស្ថានភាពនេះមានលក្ខណៈជាជំងឺ Hyperkeratosis basal cell និងមហារីកស្បែក squamous cell ដែរឬទេ?
Is the condition Hyperkeratosis, basal cell and squamous skin cancers? មែន Yes មិនមែន No
- 5- តើស្ថានភាពនេះមានលក្ខណៈជាមហារីកស្បែកមានកម្រាស់តិចជាង ១,៥ មីលីម៉ែត្រ Breslow ឬតិចជាងកម្រិតទី៣ នៃ Clark
ដែរឬទេ? Is the condition melanoma of less than 1.5mm Breslow thickness or less than Clark Level 3? មែន Yes មិនមែន No
- 6- តើស្ថានភាពនេះមានលក្ខណៈជាជំងឺមហារីកក្រពេញប្រូស្តាត (Prostatic Cancer) ដែលស្ថិតនៅក្នុងកម្រិតT1 (T1a or T1b)
ឬកម្រិតណាមួយដែលប្រហាក់ប្រហែល? Is the condition Prostatic cancer described as TNM classification T1
(T1a or T1b) or another equivalent or lesser classification? មែន Yes មិនមែន No
- 7- តើស្ថានភាពនេះមានលក្ខណៈជាជំងឺមហារីកក្រពេញ អ័រម៉ូនទីរ៉ូអ៊ីត (Papillary Carcinoma of the Thyroid)
ដែលមានទំហំតូចជាង 1 cm ដែរឬទេ?
Is the condition Papillary Carcinoma of the Thyroid of less than 1 cm in diameter? មែន Yes មិនមែន No
- 8- តើស្ថានភាពនេះមានលក្ខណៈជាដុំសាច់ប្លោកនោមដែលស្ថិតនៅក្នុងកម្រិត T1N0M0 ឬកម្រិតណាមួយដែលប្រហាក់ប្រហែល?
Is the condition tumor of Urinary Bladder histologically classified as T1N0M0 (TNM classification) or lesser? មែន Yes មិនមែន No
- 9- តើស្ថានភាពនេះមានលក្ខណៈជាជំងឺមហារីកគ្រាប់ឈាម (Chronic Lymphocytic Leukemia) ដែលស្ថិតក្នុង
ដំណាក់កាល RAI Stage 3 ដែរឬទេ? Is the condition Chronic Lymphocytic Leukemia of less than RAI Stage 3? មែន Yes មិនមែន No
- 10- តើស្ថានភាពនេះមានលក្ខណៈជាដុំសាច់ដែលបណ្តាលមកពីការវិវឌ្ឍន៍នៃជំងឺអេដស៍ (HIV) ? បើសិនជាបណ្តាល
មកពីជំងឺអេដស៍ (HIV) តើទៅជាលទ្ធផលនៃអង់ទីករប្រឆាំងមេរោគ HIV?
Is the tumor in the presence of HIV infection? If yes, what is the HIV antibody status? មែន Yes មិនមែន No

៧. ព័ត៌មានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានព្យាបាល Physician's Information

វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានព្យាបាល Name of physician លេខទូរស័ព្ទ 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