

ជំងឺរលាកខួរក្បាល ឬជំងឺរលាកស្រោមខួរក្បាលដោយបាក់តេរី  
 Encephalitis/Bacterial Meningitis

**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 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- តើអ្នកបានបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅជួបព្រះបណ្ឌិតផ្សេងទៀតទេ ?  មែន Yes  មិនមែន No  
 Have you referred the patient to any other doctor?
- i) កាលបរិច្ឆេទបញ្ជូនទៅព្យាបាល ...../...../.....  
 Date referred (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)
- ii) ហេតុផលដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនទៅព្យាបាល  
 Reason the patient was referred  
 .....
- iii) ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់ជួបព្រះបណ្ឌិតដែលត្រូវបានបញ្ជូនទៅព្យាបាលបន្ត  
 Name and address of doctor referred to  
 .....
- 5- តើអ្នកជំងឺមានឬមិនធ្លាប់មានស្ថានភាពសុខភាពសំខាន់ៗ ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ឬជំងឺណាមួយ (ឧ៖ ជុំគីស្ទ សាច់មហារីក ជំងឺរលាកថ្លើម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសឈាម លើសខ្លាញ់ ជំងឺខ្វះគ្រាប់ឈាម ជាដើម)  មាន Yes  មិនមាន No  
 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.)  
 ប្រសិនបើ មាន សូមផ្តល់លម្អិត៖  
 If "Yes", please provide:  
 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.)
- | ព័ត៌មានលម្អិតអំពីរោគសញ្ញា<br>Details of symptoms | ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដ<br>Exact diagnosis | កាលបរិច្ឆេទធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ<br>Date diagnosed | ការព្យាបាល<br>Treatment |
|--|---|---|-------------------------|
|  |   |   |                         |
- 6- ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់ជួបព្រះបណ្ឌិតដែលអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមានចែងក្នុងសំណួរ (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  
 .....

**ក. ព័ត៌មានលម្អិតអំពី Details of Illness**

- 1- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីស្ថានភាពជំងឺ ៖  
 Please provide details of 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 ឬ ស្ថានភាព ...../...../.....  
Date the patient first became aware of the illness/condition (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)
- 2- តើជំងឺរលាកស្រោមខួរក្បាលឡើងដោយការបង្ករោគដោយវីរុសដែរឬទេ?  មែន Yes  មិនមែន No  
Is the Encephalitis caused by viral infection?
- i) ប្រសិនបើ "មិនមែន" សូមបញ្ជាក់ពីមូលហេតុនៃជំងឺនេះ។ If "No", please state the underlying cause of the condition.  
.....
- ii) តើមានការរលាកធ្ងន់ធ្ងរផ្នែកណាមួយនៃខួរក្បាល (អង្គគោលខួរក្បាល ទងខួរក្បាល ឬ cerebellum) ឬទេ?  មាន Yes  មិនមាន No  
Is there severe inflammation of the brain substance (cerebral hemisphere, brainstem or cerebellum)?
- 3- ចំពោះជំងឺរលាកស្រោមខួរដោយបាក់តេរី តើមានបញ្ហារលាកធ្ងន់ធ្ងរនៃក្លាសខួរក្បាល ឬ ខួរឆ្អឹងខ្នងដែរឬទេ?  មាន Yes  មិនមាន No  
For Bacterial Meningitis is there server inflammation of the membranes of the brain or spinal cord?
- 4- សូមពណ៌នាលម្អិត (មានកាលបរិច្ឆេទ) អំពីទំហំនៃការខូចខាតប្រព័ន្ធប្រសាទ។  
Please describe in full details (with dates) the extent of neurological deficits.  
.....
- 5- តើការខូចខាតប្រព័ន្ធប្រសាទគឺ មិនអាចត្រឡប់មកវិញបាន និងជាអចិន្ត្រៃយ៍មែនឬទេ?  មែន Yes  មិនមែន No  
Are the neurological deficits/damages irreversible and permanent?
- i) បើ "មែន" សូមពន្យល់ដោយផ្តល់ភស្តុតាងគាំទ្រ។  
If "Yes", please elaborate with supporting evidence.  
.....
- ii) ប្រសិនបើ "ទេ" សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការជាសះស្បើយ ឬកាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកជំងឺទំនងនឹងជាសះស្បើយពីការខូចខាតប្រព័ន្ធប្រសាទទាំងនេះ។  
If "No", please state date of recovery or date for which the patient is likely to recover from these neurological deficits:  
.....
- 6- សូមផ្តល់លម្អិតនៃការស៊ើបអង្កេតដែលបានអនុវត្តដោយបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទ (ឧ៖ MRI ការវិភាគមេកាសនៃទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (CSF), electroencephalogram) ។  
សូមភ្ជាប់មកជាមួយនូវរាល់ឯកសារថតចម្លងនៃរបាយការណ៍តេស្តពាក់ព័ន្ធទាំងអស់។ Please provide details of investigation performed, with dates (e.g. Brain MRI, culture of cerebrospinal fluid (CSF), electroencephalogram). Also, please attach a copy of all the relevant test reports.  
.....
- i) ប្រសិនបើ ទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង (CSF) ត្រូវបានអនុវត្ត តើបានអនុវត្តក្នុងវិធីសាស្ត្រអ្វី?  
If cerebrospinal fluid was collected, what was the method?  
.....
- 7- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់គ្រូពេទ្យជំនាញប្រព័ន្ធប្រសាទដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យលើអ្នកជំងឺដំបូងសម្រាប់ជំងឺរលាកខួរក្បាល ឬរលាកស្រោមខួរក្បាល  
ដោយបាក់តេរី Name and address of the neurologist who First diagnosed the patient with Encephalitis/Bacterial Meningitis  
.....
- 8- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនៃការព្យាបាលបច្ចុប្បន្នរួមទាំងការព្យាបាលដោយថ្នាំ (ឈ្មោះថ្នាំ និង កំរិតប្រើប្រាស់) ឬការអនុវត្តន៍លើការកាត់ ប្រសិនបើមាន។  
Please provide details of current treatment, including medication (Name and dose medication) or Operation completed, if any.  
.....
- 9- តើជំងឺរលាកខួរក្បាល ឬរលាកស្រោមខួរក្បាលដោយបាក់តេរី បង្កឡើងដោយការឆ្លងនៃមេរោគអេដស៍ ដែរឬទេ?  មាន Yes  មិនមាន No  
Is the Encephalitis caused by HIV infection?

i) បើ “មាន” សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតរួមទាំងកាលបរិច្ឆេទការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃការឆ្លងមេរោគអេដស៍ ព្រមទាំងបញ្ជាក់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ។ If “Yes”, please provide details including date of diagnosis of HIV infection, name and address of doctor who made the diagnosis.

10- សូមវាយតម្លៃសមត្ថភាពអ្នកជំងឺរបស់អ្នកដើម្បីអនុវត្តសកម្មភាពនៃការរស់នៅប្រចាំថ្ងៃដូចខាងក្រោម៖  មាន Yes  មិនមាន No

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
ការបង្ការបង់ Continence	សមត្ថភាពក្នុងការគ្រប់គ្រងតួនាទីក្នុងការបត់ដើងធំ និង បត់ដើងតូច ដើម្បីថែរក្សាអនាម័យផ្ទាល់ខ្លួន។ 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 ការងូតទឹកផ្តាសាយ (រួមទាំងការចូល ឬ ចេញពីអាងទឹក) ឬ អាចលុបលាងបានសមសម បំណងដោយវិធីណាផ្សេងៗទៀត 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- តើអ្វីទៅជាការព្យាករណ៍នៃស្ថានភាពរបស់អ្នកជំងឺ?  
What is the prognosis of the patient's condition?  
.....

2- តើអ្នកជំងឺមានប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនបង្កើនហានិភ័យលើជំងឺរលាកខួរក្បាល/រលាកស្រោមខួរក្បាលដោយបាក់តេរីដែរឬទេ?  មាន Yes  មិនមាន No  
Is there anything in the patient's personal medical history which would have increased the risk of Encephalitis/Bacterial Meningitis?  
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- សូមពណ៌នា និងពន្យល់លម្អិតអំពីលក្ខណៈនៃភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃពិការភាពរាងកាយនិងផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកជំងឺ  
Please describe and elaborate on the nature and severity of the patient's **physical** and **mental** disability.  
(ឧ៖ ការបាត់បង់ការចងចាំ ការគ្រប់គ្រងសាច់ដុំ ការនិយាយស្តី ឬ ចក្ខុវិស័យជាដើម) ។ (e.g. loss of memory, muscle control, speech, vision, etc.).

4- តើអ្នកមានដឹងអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត (នៅប្រទេសកម្ពុជា ឬនៅក្រៅប្រទេស) ដែលអ្នកដឹងបានពីគ្រោះយោបល់អំពី ជំងឺរលាកខួរក្បាល/រលាកស្រោមខួរក្បាលដោយបាក់តេរី ឬជំងឺណាមួយដែលប្រទេស ជាពិសេសការពិគ្រោះយោបល់ទាក់ទង នឹងរោគសញ្ញាវិការត្រូវត្រូវអំពីប្រព័ន្ធប្រសាទ ? Are you aware of any other doctor(s) (in Cambodia or Overseas)

មាន Yes  មិនមាន No

whom the patient consulted for Encephalitis/Bacterial Meningitis or any possible related illness, especially any consultations concerning neurological symptoms or complaints?

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

5- តើអ្នកដឹងធ្លាប់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដោយសារជំងឺរលាកខួរក្បាល ឬរលាកស្រោមខួរក្បាលដោយបាក់តេរី ឬរោគសញ្ញាទាក់ទងឬផលវិបាករបស់វាដែរឬទេ ? Has the patient ever been hospitalized for Encephalitis/Bacterial Meningitis or its related symptoms or complications?

មាន Yes  មិនមាន No

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

កាលបរិច្ឆេទចូលមន្ទីរពេទ្យ Date of hospitalization	ហេតុផលសម្រាប់ការចូលមន្ទីរពេទ្យ Reasons for hospitalization	ការព្យាបាល Treatment received	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត ឬ គ្រូពេទ្យរក្សា និង អាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ Name of doctor/surgeon & Address of hospital

6- សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ទាំងអស់រួមមាន របាយការណ៍ជំនាញរបាយការណ៍មន្ទីរពេទ្យ, MRI, CT ឬ បច្ចេកទេសរូបភាពថតចម្លងផ្សេងៗ ដែលអាចជឿ ទុកចិត្តបាន, របាយការណ៍ការវិភាគមេរោគនៃទឹកខួរឆ្អឹងខ្នង, ភស្តុតាងមន្ទីរពិសោធន៍, របាយការណ៍រក្សា។ ល។ Please enclose a copy of all reports including specialist or hospital reports, MRI, CT or other imaging techniques, cerebrospinal fluid reports, laboratory evidence, surgical report, etc.

**៧. 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 Stump