

**ជំងឺតាំងបេះដូង
Heart Attack**

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. កំណត់ត្រារប្រព័ន្ធសុខាភិបាលរបស់អ្នកជំងឺ 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)	ចំនួនដងនៃការពិគ្រោះយោបល់ក្នុងកំឡុង ពេលខាងលើ 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) 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? 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) ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលត្រូវបញ្ជូនទៅព្យាបាលបន្ត

Name and address of doctor referred to

.....

5- តើអ្នកជំងឺមានឬមិនធ្លាប់មានស្ថានភាពសុខភាពសំខាន់ៗ ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ឬជំងឺណាមួយ (ឧ៖ ដុំគីស្ត សាច់មហារីក ជំងឺលើសឈាម 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, malignancy 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- សូមប្រាប់លម្អិតអំពីទម្លាប់របស់អ្នកជំងឺទាក់ទងនឹងការសេពស្បែករួមទាំងបរិមាណនៃការសេពគ្រឿងស្រវឹង 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.

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

ក. ព័ត៌មានលម្អិតអំពី Details of Illness

1- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីស្ថានភាពជំងឺតាំងបេះដូង៖
Please provide details of **Heart Attack** 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) កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកដំបូងបានដឹងជាមុនអំពីជំងឺ ឬស្ថានភាព/...../.....
 Date the patient first became aware of the illness/condition (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

2- សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទ និងព័ត៌មានលម្អិតនៃការស៊ើបអង្កេតដែលបានអនុវត្តសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ (ភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍តេស្តពាក់ព័ន្ធ 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- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ឬ គ្រូពេទ្យជំនាញផ្នែកបេះដូងដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអ្នកដំបូង។
 Name and address of the doctor / cardiologist who first diagnosed the patient with this condition.

.....

4- តើអ្នកដំបូងធ្លាប់មានជំងឺគាំងបេះដូង ឬជំងឺដែលពាក់ព័ន្ធ (ឧ៖ ជំងឺលើសឈាម ការលឿង ឬ ជំងឺសរសៃឈាមផ្សេងៗ)? សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត៖
 Has the patient previously suffered from a Heart Attack or any related illnesses (e.g. hypertension, angina or other vascular disease)? If “Yes”, please provide details:

កាលបរិច្ឆេទធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូង Date of First diagnosis	រោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដ Exact diagnosis	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក Name of doctor and Address of hospital/clinic

5- សូមពិពណ៌នាការកើតឡើងនៃជំងឺដំបូង ៖
 Please describe the initial episode:

i) ប្រភពនៃជំងឺដែលកើតឡើង Nature of episode:

.....

ii) កាលបរិច្ឆេទការកើតឡើងនៃជំងឺដំបូង/...../.....
 Date of initial episode (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

iii) រយៈពេលនៃរោគសញ្ញាស្រួចស្រាវ Duration of acute symptoms:

.....

6- សូមបញ្ជាក់ដូចខាងក្រោម។ Please confirm the following.

បើ “ មាន ” ចំពោះសំណួរណាមួយ សូមផ្តល់ភស្តុតាងគាំទ្ររួមមានកាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្ត និងលទ្ធផលតេស្ត។

If “Yes” to any question, please **elaborate** with supporting evidence including date of test and test results.

- i) តើមានប្រវត្តិឈឺច្រូងថ្មីៗឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
Was there a current history of typical chest pain?
- ii) តើមានសញ្ញាអេឡិចត្រូកាត់នៃលទ្ធផលតេស្តចង្វាក់បេះដូងមានការប្រែប្រួលខុសធម្មតាឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
Were there any changes in the ECG indicative of new myocardial infarct?
បើ "មាន" សូមបញ្ជាក់ថា តើមានមួយណាខាងក្រោម៖
If "Yes", please state whether there was any:
 - a) ការឡើងខ្ពស់ ឬធ្លាក់ចុះ នៃ ST? ST elevation or depression? មាន Yes មិនមាន No
 - b) រលក T ការឡើងខ្ពស់? T wave inversion? មាន Yes មិនមាន No
 - c) រលក Q មានលក្ខណៈជាភាគសាស្ត្រ? Pathological Q waves? មាន Yes មិនមាន No
 - d) Left bundle branch block? មាន Yes មិនមាន No

សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងរបាយការណ៍របស់លទ្ធផលតេស្តចង្វាក់បេះដូង ។ Please **attach** a copy of the ECG tracing report.

- 7- តើមានការកើនឡើងកំរិតអង់ស៊ីមបេះដូងលើសកំរិតធម្មតា ដូចជា CKMB, Troponin T or I ។ល។ ឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
Was there a diagnostic elevation of cardiac biomarkers, such as CKMB, Troponin T or I, etc.?
បើ "មាន", សូមផ្តល់នូវប្រភេទ និងកាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើតេស្តព្រមទាំងលទ្ធផលតេស្ត។ ភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃលទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍៖
If "Yes", please provide type and date of test, and test results. **Attach** a copy of the laboratory results:

ប្រភេទអង់ស៊ីមបេះដូង Type of Cardiac biomarker	កាលបរិច្ឆេទនិងពេលវេលានៃការធ្វើតេស្ត (មុននីតិវិធី ព្យាបាលបេះដូង) Date & time of test (before any cardiac procedure)	លទ្ធផលតេស្ត (បញ្ជាក់ឯកតា) Test Results (specify the units)
ប្រភេទអង់ស៊ីមបេះដូង Type of Cardiac biomarker	កាលបរិច្ឆេទនិងពេលវេលានៃការធ្វើតេស្ត (ក្រោយនីតិវិធី ព្យាបាលបេះដូង) Date & time of test (After any cardiac procedure)	លទ្ធផលតេស្ត (បញ្ជាក់ឯកតា) Test Results (specify the units)

- 8- សូមបញ្ជាក់ទាក់ទងទៅនឹង left ventricular ejection fraction ។ Please advise with regard to the left ventricular ejection fraction:
 - i) តើ left ventricular ejection fraction តិចជាង 50% ដែលវាស់ក្នុងរយៈពេល ៣ ខែឬច្រើនខែកន្លង
មកបន្ទាប់ពីមានជំងឺនេះដែរឬទេ? Was there left ventricular ejection fraction of less than 50%
measured three months or more after the event? មាន Yes មិនមាន No
 - ii) តើ left ventricular ejection fraction ច្របាច់ឈាមយ៉ាងដូចម្តេចនៅពេលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូង?
What was the left ventricular ejection fraction at initial diagnosis?
.....

- 9- តើមានការស្លាប់នៃចំណែកសាច់ដុំបេះដូងដែរឬទេ? Was there death of a portion of the heart muscle?
បើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត។ If "Yes", please provide details. មាន Yes មិនមាន No
.....

- 10- តើមានភស្តុតាងដែលបង្ហាញពីការខូចខាតភាសិកា បេះដូងថ្មីៗ ឬភាពមិនធម្មតានៃចលនាបេះដូងដែរឬទេ? Was there
imaging evidence of new loss of viable myocardium or new regional wall motion abnormality?
ប្រសិនបើ "មាន" សូមបញ្ជាក់ពីភស្តុតាងគាំទ្រនៃរបាយការណ៍រូបភាពសាស្ត្រ និងឈ្មោះគ្រូពេទ្យជំនាញបេះដូង។
If "Yes", please elaborate with supporting evidence of imaging reports and name of the attending cardiologist.
.....

- 11- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការវះកាត់ ឬវិធីព្យាបាលផ្សេងទៀតដែលបានអនុវត្ត(រួមមានឈ្មោះនិងកាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាបាល) ព្រមទាំងឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់គ្រូពេទ្យជំនាញបេះដូង។ Please provide details of the surgery and/or other mode of treatment that had been performed (including name and date of treatment) and name and address of attending cardiologist.
-
- 12- កាលបរិច្ឆេទប្រហាក់ប្រហែលអាចត្រឡប់ទៅសកម្មភាពធម្មតាវិញ/...../.....
 An approximate date can be returned to normal activity (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

ង. ព័ត៌មានផ្សេងទៀត Other Information

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

- 2- តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានការស៊ើបអង្កេតលើបញ្ហាបេះដូងដែរឬទេ? (ឧ៖ ECG, អេកូបេះដូង, ស្ថែន) មាន Yes មិនមាន No
 Has the patient previously had any cardiac investigation done (e.g. ECG, echocardiogram, CT scan)
 បើ " មាន " សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត៖ If "Yes", please provide details:
 i) ប្រភេទ លទ្ធផល និងកាលបរិច្ឆេទនៃការស៊ើបអង្កេតបញ្ហាបេះដូងដែលបានធ្វើ៖ Type, results and date of cardiac investigation done:

 ii) មូលហេតុនៃការស៊ើបអង្កេត៖ Reasons for the investigation:

 iii) ឈ្មោះគ្រូពេទ្យជំនាញបេះដូង និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក៖ Name of cardiologist and address of hospital / clinic:

- 3- តើអ្នកជំងឺមានប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនដែលបង្កើនហានិភ័យលើជំងឺបេះដូង ដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
 Is there anything in the patient's personal medical history which would have increased the risk of heart disease?
 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

- 4- តើមានប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រគ្រួសាររបស់អ្នកជំងឺដែលអាចបង្កើនហានិភ័យនៃជំងឺបេះដូងដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
 Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of Heart disease?
 បើ " មាន " សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត៖ If "Yes", please give details:

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ Relationship with patient	ប្រភពនៃលក្ខខណ្ឌ Nature of condition	អាយុចាប់ផ្តើមរោគសញ្ញា Age of onset	ប្រភពព័ត៌មាន Source of information

5- តើអ្នកមានដឹងអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត (នៅប្រទេសកម្ពុជា ឬនៅក្រៅប្រទេស) ដែលអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះយោបល់អំពី មាន Yes មិនមាន No
 ជំងឺតាំងបេះដូង ឬជំងឺណាមួយដែរឬទេ? Are you aware of any other doctor(s) (in Cambodia or Overseas) whom the patient consulted for **Heart Attack** 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

6- សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ទាំងអស់រួមមាន របាយការណ៍ជំនាញឬរបាយការណ៍មន្ទីរពេទ្យ, ឧ៖ របាយការណ៍អង់ស៊ីមបេះដូង លទ្ធផលលំហាត់ប្រាណបេះដូង ការពិនិត្យសរសៃឈាមបេះដូង, អេកូបេះដូង ត្រួតពិនិត្យបេះដូង។ ល។ Please enclose a copy of all reports including specialist or hospital reports (e.g. cardiac enzyme assays, exercise stress tests, coronary angiography, echocardiography, myocardial perfusion scans, etc.) that are available.

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