

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 / គ្លីនិក និងមូលហេតុ ពិគ្រោះ 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) ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យណែនាំឱ្យបញ្ជូនមកព្យាបាល
 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- តើអ្នកបានបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅជួបព្យាបាលផ្សេងទៀតទេ ? មាន Yes មិនមាន 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) ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលត្រូវបានបញ្ជូនទៅព្យាបាលបន្ត
 Name and address of doctor referred to

5- តើអ្នកជំងឺមានឬមិនធ្លាប់មានស្ថានភាពសុខភាពសំខាន់ៗ ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ឬជំងឺណាមួយ (ឧ៖ ដុំគីស្ទ សាច់មហារីក មាន Yes មិនមាន No
 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- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះព្យាបាលសម្រាប់ស្ថានភាពដែលមានចែងក្នុងសំណួរ (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.

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

គ. ព័ត៌មានលម្អិតអំពី Details of Illness

1- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីជំងឺឬភាពមិនប្រក្រតីនៃប្រើសបេះដូងឬវិបត្តិចង្វាក់បេះដូង៖
 Please provide details of the disease or disorder of the heart valves or cardiac arrhythmia condition:

i) កាលបរិច្ឆេទប្រើក្សាយោបល់ដំបូង/...../.....

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

2- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនិងលទ្ធផលនៃការស៊ើបអង្កេតទាំងអស់ (ជាមួយកាលបរិច្ឆេទ) ដែលបានអនុវត្តសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍តេស្តពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ដែលបញ្ជាក់ពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ រួមទាំង បច្ចេកទេសព្យាបាលសរសៃឈាមបេះដូង អេកូបេះដូង លទ្ធផលនៃការចាប់ចង្វាក់បេះដូង និងឧបករណ៍តាមដានចង្វាក់បេះដូង
Please provide full details and results of all investigation (with dates) performed for the diagnosis and attach a copy of all relevant test reports which confirmed the diagnosis, including cardiac catheterization, echocardiogram, electrocardiogram and holter monitor

.....

3- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអ្នកជំងឺដំបូង
Name and address of the doctor who First diagnosed the patient with this condition

.....

4- តើការវះកាត់ប្រភេទអ្វីដែលបានអនុវត្ត?
What type of surgery was performed?

.....

5- កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់/...../.....
Date of the surgery (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

6- តើវាជាការវះកាត់បើកបេះដូងមែនឬទេ? មែន Yes មិនមែន No
Was it an open-heart surgery?
បើ " ទេ " សូមបញ្ជាក់ពីទម្រង់បែបបទនៃការអន្តរាគមន៍ If "No", please state exact form of intervention

.....

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

.....

8- តើការវះកាត់ត្រូវបានចាត់ទុកជាការចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយអ្នកពិគ្រោះយោបល់ជាមួយវេជ្ជបណ្ឌិតជំនាញបេះដូងទេ? មាន Yes មិនមាន No
Was the surgery considered medically necessary by the consultant cardiologist?

បើ "មែន" សូមផ្តល់ការវាយតម្លៃរបស់អ្នករួមទាំងព័ត៌មានលម្អិតពេញលេញនៃជំងឺបេះដូង

If "Yes", please provide the basis of your evaluation, including the full and exact details of the heart disease

.....

9- សូមពិពណ៌នាអំពីស្ថានភាពបច្ចុប្បន្នរបស់អ្នកជំងឺ
Please described the patient's current condition

.....

ង. ព័ត៌មានផ្សេងទៀត Other Information

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

.....

2- តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានជំងឺពីមុនណាមួយដែលទាក់ទងនឹងការឈានមកដល់លក្ខខណ្ឌនេះឬរក្សាប្រើសប្បុរសភាពបេះដូងដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
Has the patient previously suffered from any related illness leading to this condition or Heart Valve Surgery?
ប្រសិនបើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតរួមមានកាលបរិច្ឆេទធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ រោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ ការព្យាបាលតាមវេជ្ជបញ្ជា
ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យ If "Yes", please provide details including diagnosed date, exact diagnosis, treatment prescribed, name
and address of attending doctor

រោគវិនិច្ឆ័យជាក់លាក់ Exact diagnosis	កាលបរិច្ឆេទធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ Date of diagnosis	ការព្យាបាល Treatment	ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យ Name of doctor and address of hospital/Clinic

3- តើអ្នកជំងឺមានប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនដែលអាចបង្កើនហានិភ័យនៃស្ថានភាពនេះ មាន Yes មិនមាន No
Is there anything in the patient's personal medical history which would have increased the risk of this condition.
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- តើមានប្រវត្តិគ្រួសាររបស់អ្នកជំងឺដែលអាចបង្កើនហានិភ័យនៃស្ថានភាពនេះដែរឬទេ? 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	កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ Date of diagnosis	ប្រភពព័ត៌មាន Source of information

5- អ្នកមានដឹងអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត (នៅប្រទេសកម្ពុជា ឬនៅក្រៅប្រទេស) ដែលអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះយោបល់អំពី
ជំងឺបេះដូង ឬជំងឺណាមួយដែរឬទេ? Are you aware of any other doctor(s) (in Cambodia or Overseas)
whom the patient consulted for heart Disease or any possible related illness? មាន Yes មិនមាន No

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