

**ការវះកាត់ធ្វើម ឬការខូចធ្វើមដំណាក់កាលចុងក្រោយ
Liver Surgery/ End Stage Liver Failure**

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 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 និងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យណែនាំអោយបញ្ជូនមកព្យាបាល
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- តើអ្នកបានបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតដែរឬទេ? 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) ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលត្រូវបញ្ជូនទៅព្យាបាលបន្ត
 Name and address of doctor referred to

5- តើអ្នកជំងឺមានឬមិនធ្លាប់មានស្ថានភាពសុខភាពសំខាន់ៗ ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ឬជំងឺណាមួយ (ឧ៖ ដុំគីស្ទ សាច់មហារីក ជំងឺរលាកថ្លើម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសឈាម លើសខ្លាញ់ ជំងឺខ្វះគ្រាប់ឈាម ជាដើម) មាន Yes មិនមាន No
 ប្រសិនបើ មាន ផ្តល់លម្អិត៖
 Does the patient have or ever have had any significant health conditions, medical history or any illness (e.g. cyst, 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- សូមប្រាប់លម្អិតអំពីទម្លាប់របស់អ្នកជំងឺទាក់ទងនឹងការសេពសុរាម្ដងទាំងបរិមាណនៃការសេពគ្រឿងស្រវឹង 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

គ. ព័ត៌មានលម្អិតអំពី Details of Illness

1- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីស្ថានភាព នៃជំងឺធ្លើងដំណាក់កាលចុងក្រោយ ក្រិនថ្លើម បញ្ហាថ្លើមផ្សេងទៀត៖
 Please provide details of End stage liver failure/ liver cirrhosis/ liver problem:

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

2- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូងនៃជំងឺនិងស្ថានភាពនេះ
Name and address of the doctor who First diagnosed the patient of this illness/ condition

.....

3- តើអ្នកជំងឺដែលត្រូវបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យថាមានជំងឺធ្វើមជំណាក់កាលចុងក្រោយដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
Is the patient diagnosed of the end stage of liver failure?
បើ "មាន" សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូង/...../.....
If "Yes", please state date of first diagnosis (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

4- (i). តើអ្នកចេញលឿងរយៈពេលប៉ុន្មានហើយ?
How long has the patient been jaundiced?
(ii). តើជាការចេញលឿងជាអចិន្ត្រៃយ៍ឬ? មែន Yes មិនមែន No
Would the jaundice be permanent?

5- មានភស្តុតាងបញ្ជាក់អំពីទាចទឹកឬទេ? មែន Yes មិនមែន No
Is there evidence of ascites?
បើ "មែន", បញ្ជាក់ បើ "មែន" សូមបញ្ជាក់
(i). កាលបរិច្ឆេទនៃការរកឃើញដំបូង/...../.....
Date of first detection (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

(ii). របៀបនៃការរកឃើញ
Mode of detection (e.g. clinical, paracentesis, ultrasound)

.....

6- តើមានភស្តុតាងនៃជំងឺរលាកខួរក្បាលដោយសារបញ្ហាថ្លើមដែរឬទេ? មែន Yes មិនមែន No
Is there evidence of hepatic encephalopathy?
បើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតរួមទាំង កាលបរិច្ឆេទ មូលហេតុ ផលវិបាកនិងការព្យាបាល
If "Yes", please provide details including dates, underlying cause, complication and treatment

.....

7- តើមានការកាត់យកថ្លើមចេញដោយផ្នែកយ៉ាងតិចមួយក្លែបនៃសរីរាង្គថ្លើមដែរឬទេ? មែន Yes មិនមែន No
Was there partial hepatectomy of at least one entire lobe of the liver?
បើ "មែន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត If "Yes", please provide full detail
(i). កាលបរិច្ឆេទនៃការកាត់/...../.....

Date of surgery

(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

(ii). មូលហេតុតម្រូវអោយមានការកាត់យកថ្លើមចេញ
Reason (s) for requiring hepatectomy

(iii). តើការកាត់យកថ្លើមចេញដោយផ្អែកពិតជាចាំបាច់បំផុតឬ?
Was partial hepatectomy absolutely necessary?

មែន Yes មិនមែន No

បើ "មែន" សូមបង្ហាញភស្តុតាង If "Yes", please support with evidence

8- មានភស្តុតាងនៃជំងឺក្រិនថ្លើមឬទេ ?

មាន Yes មិនមាន No

Is there evidence of liver cirrhosis?

បើ "មាន" សូមបង្ហាញខាងក្រោម:

If "Yes", please advise the following:

(i). ពិន្ទុ HAI-Knodell ជាមួយច្បាប់ចម្លងនៃការធ្វើវិភាគជាលិកាថ្លើម
HAI-Knodell score with a copy of the liver biopsy report

(ii). ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតនិងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺក្រិនថ្លើម

Name of doctor and address of hospital who gave the liver cirrhosis diagnosis

9- តើជំងឺថ្លើមកើតឡើងដោយសារអ្នកជំងឺប្រើប្រាស់៖

Was the liver disease suffered by the patient secondary to:

(i). គ្រឿងស្រវឹង Alcohol Abuse?

មាន Yes មិនមាន No

(ii). ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន Drug Abuse?

មាន Yes មិនមាន No

10- មានភស្តុតាងនៃការហូរឈាមពីការរីកប៉ោងសរសៃឈាមនៅបំពង់អាហារទេ?

មាន Yes មិនមាន No

Was there evidence of bleeding from oesophageal varices?

បើ "មែន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត If "Yes", please provide full detail

(i). ការហូរឈាមរួមទាំងកាលបរិច្ឆេទនិងការព្យាបាល

Episode of bleeding, including date and treatment

(ii). តើមានភស្តុតាងការថតឆ្លុះពិនិត្យឬការស៊ី ឬវិទ្យុសកម្មនៃការរីកប៉ោងសរសៃឈាមនៅបំពង់អាហារដែរឬទេ?

មាន Yes មិនមាន No

Was there endoscopy or radiological evidence of oesophageal varices?

បើ "មាន" សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍នោះ: If "Yes", please attach a copy of the report

11- សូមផ្តល់នូវព័ត៌មានលម្អិតនៃការស៊ើបអង្កេតដែលបានអនុវត្តដោយមានកាលបរិច្ឆេទរួមទាំងលទ្ធផលនៃការធ្វើតេស្តមុខងារថ្លើមជាមួយកម្រិត Gamma GT and Bilirubin

Please provide details of investigation performed, with dates, including a serial of liver function test results with Gamma GT and Bilirubin level

12- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការព្យាបាលបច្ចុប្បន្ន

Please provide details of current treatment

13- តើអ្នកជំងឺនៅតែបន្តតាមដាននៅមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិករបស់អ្នកដែរឬទេ ?

មាន Yes មិនមាន No

Is the patient still on follow-up at your hospital / clinic?

បើ "មាន" សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការណាត់ជួបលើកក្រោយ

...../...../.....
(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

If "Yes", please advise date of next appointment

បើ "ទេ" សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ

...../...../.....
(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

If "No", please state date of discharge

ង. ព័ត៌មានផ្សេងទៀត Other Information

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

.....

2- តើអ្នកមានដឹងអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត (នៅប្រទេសកម្ពុជា ឬនៅក្រៅប្រទេស) ដែលអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះយោបល់អំពី មាន Yes មិនមាន No
នៃជំងឺធ្វើដំណាក់កាលចុងក្រោយ ហើយលក្ខខណ្ឌនៃជំងឺធ្វើមឬជំងឺណាមួយដែលទាក់ទង?
Are you aware of any other doctor(s) (in Cambodia or Overseas) whom the patient consulted for end stage liver disease and/or liver condition 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

3- តើអ្នកជំងឺធ្លាប់សម្រាកព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យដោយសារជំងឺធ្វើមរ៉ាំរ៉ៃឬរោគសញ្ញាដែលទាក់ទងនឹងផលវិបាករបស់វាដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
Has the patient ever been hospitalized for the chronic liver disease or its related symptoms of complication?
បើ " មាន " សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត
If "Yes", please provide full details

កាលបរិច្ឆេទសម្រាកពេទ្យ Date of hospitalization	មូលហេតុការចូលសម្រាកពេទ្យReasons for hospitalization	ការព្យាបាល Treatment received	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ Name of doctor/surgeon and address of hospital

4- តើមានអ្វីទាក់ទងនឹងប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកជំងឺ ឬប្រវត្តិគ្រួសារដែលអាចនឹងបង្កើនហានិភ័យនៃជំងឺធ្វើមរ៉ាំរ៉ៃទេ? មាន Yes មិនមាន No
Is there anything in the patient's personal medical history or family history which would have increased the risk of the chronic liver disease?
បើ " មាន " សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត
If "Yes", please provide full details

ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដ Exact diagnosis	កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ Date of diagnosis	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ Name of doctor and address of hospitalization

5- សូមពណ៌នាពីលក្ខណៈនិងភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃពិការភាពខាងរាងកាយនិងផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកជំងឺ
Please describe the nature and severity of the patient's physical and mental disability and limitation

.....

6- តើអ្នកអាចបញ្ជាក់បានទេថាការមកដល់នៃសេចក្តីស្លាប់គឺអាចកើតមានយ៉ាងខ្លាំងនៅក្នុង ?
Can you confirm that the advent of death is highly probable within?
(i). ៦ ខែ six (6) months? មាន Yes មិនមាន No
(ii). ១២ ខែ twelve (12) months? មាន Yes មិនមាន No

7- សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ទាំងអស់រួមមាន របាយការណ៍ជំនាញរបាយការណ៍មន្ទីរពេទ្យ, របាយការណ៍ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ
លទ្ធផលអេកូ របាយការណ៍វិភាគដុំសាច់, របាយការណ៍រកកាត់ 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.

ច. ព័ត៌មានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានព្យាបាល Physician's Information

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានព្យាបាល 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