

ការវះកាត់តិចតួចនៃសរសៃឈាមក្រហមធំ ឬការវះកាត់ធ្ងន់ធ្ងរនៃសរសៃឈាមក្រហមធំ
Minimally Invasive Surgery to Aorta/ Open Surgery to Aorta

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)	ចំនួនដងនៃការពិគ្រោះយោបល់ក្នុងកំឡុងពេលខាងលើ Number of consultations during the above period	ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក និងមូលហេតុពិគ្រោះយោបល់ (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- តើអ្នកបានបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតទេ? មាន Yes មិនមាន No
 Have you referred the patient to any other doctor?

i) កាលបរិច្ឆេទបញ្ជូនទៅព្យាបាល/...../.....
(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៖ ដុំគីស្ត សាច់មហារីក មាន Yes មិនមាន No
ជំងឺរលាកច្រើម 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- សូមប្រាប់លម្អិតអំពីទម្លាប់របស់អ្នកជំងឺទាក់ទងនឹងការសេពសុរាម្តងទាំងបរិមាណនៃការសេពគ្រឿងស្រវឹង 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- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីស្ថានភាពដែលនាំឱ្យមានការកាត់ជាចាំបាច់នៃសរសៃឈាមក្រហមធំ៖
Please provide details of the condition leading to the necessary surgery aorta:

i) កាលបរិច្ឆេទប្រឹក្សាយោបល់ដំបូង/...../.....
(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) កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកដំបូងបានដឹងជាមុនអំពីស្ថានភាពជំងឺបេះដូងឬការវះកាត់សរសៃឈាមក្រហមធំមិនប្រក្រតី/...../.....
Date the patient first became aware of the illness condition of cardiac or abdominal aorta surgery (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

2- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនិងលទ្ធផលនៃការស៊ើបអង្កេតទាំងអស់ (ជាមួយកាលបរិច្ឆេទ) ដែលបានធ្វើសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ និងភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍តេស្តពាក់ព័ន្ធទាំងអស់ដែលបញ្ជាក់ពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ
Please provide full details and results of all investigation (with date) performed for the diagnosis and attach a copy of all relevant test reports which confirmed the diagnosis

.....

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

.....

4- សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទនៃការវះកាត់ដែលបានអនុវត្ត
State the type of surgery performed

.....

5- ការវះកាត់ត្រូវបានអនុវត្តដើម្បីជួសជុលឬព្យាបាល
The surgery was performed to repair or correct

- (i). ការប៉ោងសរសៃឈាមក្រហម Aneurysm មាន Yes មិនមាន No
- (ii). ការរួមតូច ឬស្ទះ Narrowing or obstruction មាន Yes មិនមាន No
- (iii). ការរំហែកនៃសរសៃឈាមក្រហមធំ Dissection of the Aorta មាន Yes មិនមាន No

6- ការវះកាត់ត្រូវបានអនុវត្តតាមរយៈការបើកនៃ
The surgery was performed through the surgical opening of the:

- (i). ទ្រូង Chest មាន Yes មិនមាន No
- (ii). ពោះ Abdomen មាន Yes មិនមាន No

7- ការវះកាត់ត្រូវបានធ្វើឡើងទៅលើ
The surgery was performed on the

- (i). សរសៃឈាមក្រហមធំដែលឆ្លងកាត់ទ្រូង Thoracic Aorta មាន Yes មិនមាន No
- (ii). សរសៃឈាមក្រហមធំដែលឆ្លងកាត់ពោះ Abdominal Aorta មាន Yes មិនមាន No
- (iii). សាខាសរសៃឈាមក្រហមធំ Aortic branch មាន Yes មិនមាន No

- 8- ការវះកាត់អនុវត្តដោយប្រើបច្ចេកទេសអ្វី?
Did the surgery perform using?
- (i). ការវះកាត់តិចតួចនៃសរសៃឈាមក្រហមធំ Minimally invasive technique មាន Yes មិនមាន No
- (ii). បច្ចេកទេសព្យាបាលសរសៃឈាមក្រហមធំ Intra-arterial technique មាន Yes មិនមាន No
- ផ្សេងៗទៀត Other
- 9- កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់/...../.....
Date of the surgery (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)
- 10- ឈ្មោះគ្រូពេទ្យដែលបានធ្វើការវះកាត់ និងអាសយដ្ឋានរបស់មន្ទីរពេទ្យដែលត្រូវបានធ្វើការវះកាត់
Name of surgeon(s) who performed the surgery, and the name and address of the hospital which surgery was performed
.....
- 11- ប្រសិនបើការវះកាត់ត្រូវបានអនុវត្តដោយសារតែការប៉ោងសរសៃឈាមក្រហមឬការរំលោភសរសៃឈាមក្រហម សូមបញ្ជាក់
If the surgery was performed due to aortic aneurysm or dissection, please state:
- (i). កំរិតនៃការប៉ោងសរសៃឈាមក្រហមឬការរំលោភសរសៃឈាមក្រហម (សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ស៊ើបអង្កេតនិងលទ្ធផលតេស្ត)
Degree of the aneurysm or dissection (Please attach a copy of the investigation report and test results.)
.....
- (ii). ទីតាំងនៃការប៉ោងសរសៃឈាមក្រហម ឬការរំលោភសរសៃឈាមក្រហម
Site of the aneurysm and dissection
.....
- (iii). កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូងនៃការប៉ោងសរសៃឈាមក្រហមឬរំលោភសរសៃឈាមក្រហមនៅតំបន់ទ្រូងឬពោះ/...../.....
Date of first diagnosis of thoracic or abdominal aortic aneurysm or dissection (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

ង. ព័ត៌មានផ្សេងទៀត Other Information

- 1- សូមរៀបរាប់អំពីស្ថានភាពរបស់អ្នកជំងឺនៅពេលអ្នកបានឃើញគាត់ចុងក្រោយរួមទាំងសភាពទូទៅនិងភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃពិការភាពនិងកម្រិតរបស់អ្នកជំងឺប្រសិនបើមាន
Please described the patient's condition when you last saw him/her, including the nature and severity of the patient's disability, if any.
.....
- 2- តើអ្វីទៅជាការព្យាករណ៍នៃស្ថានភាពរបស់អ្នកជំងឺ?
What is the prognosis of the patient's condition?
.....
- 3- តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានជំងឺណាមួយដែលទាក់ទងឈានទៅដល់ការវះកាត់សរសៃឈាមក្រហមធំឬទេ? មាន Yes មិនមាន No
(ឧ. ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម ការចុកដើមទ្រូង ជំងឺសរសៃឈាមផ្សេងៗឬជំងឺរលាកសាច់ដុំបេះដូង)
Has the patient previously suffered from any related illness leading to surgery to aorta?
(e.g. Hypertension, Angina, other vascular disease or endocarditis)
បើ“ មាន” សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត៖ If “Yes”, please give details:

រោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដ Exact diagnosis	កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ Date of diagnosis	ការព្យាបាល Treatment	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិតនិងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក Name of doctor and address of hospital/clinic

- 4- តើអ្នកជំងឺមានប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនដែលអាចបង្កើនហានិភ័យនៃស្ថានភាពនេះ
Is there anything in the patient's personal medical history which would have increased the risk of this condition មាន Yes មិនមាន No
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

5- 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	អាយុនៃការចាប់ផ្តើម Age of onset	ប្រភពព័ត៌មាន Source of information

6- តើអ្នកជំងឺនៅតែបន្តតាមដានជាមួយអ្នកដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No

Is the patient still in follow-up?
បើ "មាន" សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទសម្រាប់ការណាត់ជួបលើកក្រោយ
If "Yes", please state date for next appointment

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

7- អ្នកមានដឹងអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត (នៅប្រទេសកម្ពុជា ឬនៅក្រៅប្រទេស) ដែលអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះយោបល់អំពី មាន Yes មិនមាន No

ការវះកាត់សរសៃឈាមក្រហមធំ ឬជំងឺណាមួយដែរឬទេ? Are you aware of any other doctor(s) (in Cambodia or Overseas) whom the patient consulted for Surgery to Aorta 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

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