

**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 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 ...../...../.....  
(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)  
Date referred
- ii) ហេតុផលដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនមកព្យាបាល  
Reason the patient was referred  
.....
- iii) ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យណែនាំអោយបញ្ជូនមកព្យាបាល  
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)  
 Date referred

ii) ហេតុផលដែលអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនទៅព្យាបាល  
 Reason the patient was referred  
 .....

iii) ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលត្រូវបានបញ្ជូនទៅព្យាបាលបន្ត  
 Name and address of doctor referred to  
 .....

5- តើអ្នកជំងឺមានឬមិនធ្លាប់មានស្ថានភាពសុខភាពសំខាន់ៗ ប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រ ឬជំងឺណាមួយ (ឧ៖ ជុំគីស្ទ ស្នាមចមហារីក  មាន Yes  មិនមាន No  
 ជំងឺរលាកថ្លើម ជំងឺទឹកនោមផ្អែម ជំងឺលើសឈាម លើសខ្លាញ់ ជំងឺខ្លះគ្រាប់ឈាម 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- 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- 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.

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

**ក. ព័ត៌មានលម្អិតអំពី Details of Illness**

1- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីស្ថានភាពជំងឺតម្រងនោម៖  
 Please provide details of **kidney Disease** 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 ឬស្ថានភាពនេះ ...../...../.....  
Date the patient first became aware of the illness/condition (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

2- សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទ និងព័ត៌មានលម្អិតនៃការស៊ើបអង្កេតដែលបានអនុវត្តសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ (ភ្ជាប់ជាមួយនូវច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍តេស្តពាក់ព័ន្ធរួមបញ្ចូល កម្រិត eGFR និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ) Please provide dates and details of investigation performed for the diagnosis (attach a copy of all relevant test reports and including eGFR level which confirmed the diagnosis).

3- សូមបញ្ជាក់ប្រសិនបើជំងឺតម្រងនោមបណ្តាលឱ្យចុះខ្សោយដល់មុខងារតម្រងនោមដែលមិនអាចត្រឡប់វិញបានជាអចិន្ត្រៃយ៍?  មែន Yes  មិនមែន No  
បើ "មែន" សូមបញ្ជាក់នៃកម្រិត eGFR ជាមួយនឹងកាលបរិច្ឆេទ។  
Please state if the kidney disease has resulted in permanent irreversible kidney function impairment?  
If "Yes", please list the eGFR level readings with dates.

កាលបរិច្ឆេទពិនិត្យ Date control	កម្រិត eGFR eGFR level

4- តើកម្រិត eGFR < ១៥ mL / នាទី / ១,៧៣ ម ២ ឬទេ?  មែន Yes  មិនមែន No  
Was the eGFR < 15mL/min / 1.73m2 body surface area?  
បើ "មែន" សូមបញ្ជាក់៖ If "Yes", please state:

i) តើលទ្ធផលនៅតែបន្តមានរយៈពេលប៉ុន្មាន? (ចំនួនថ្ងៃ) How long has the result persisted? (Day)  
.....

ii) តើតម្រងនោមមួយណាដែលបានខូច? Which kidney(s) has failed?  
.....

5- តើមានការខ្សោយតម្រងនោមរ៉ាំរ៉ៃទាំងពីរ ឬទេ? Is there chronic kidney failure of both kidneys?  មែន Yes  មិនមែន No

បើ“ មែន” តាំងពីពេលណាមក ? ...../...../.....  
If “Yes”, since when? (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

6- តើជំងឺតម្រងនោមអាចវិលមករកសភាពធម្មតារឺព្យាបាលបានដែរឬទេ ?  បាន Yes  មិនបាន No  
Is the renal disease reversible?

7- តើការខ្សោយតម្រងនោមគឺស្ថិតនៅដំណាក់កាលចុងក្រោយដែរឬទេ ?  មែន Yes  មិនមែន No  
Is the kidney failure at its end stage?

បើ“ មែន” តាំងពីពេលណាមក ? ...../...../.....  
If “Yes”, since when? (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

8- តើអ្នកជំងឺត្រូវធ្វើការលាងឈាមជាអចិន្ត្រៃយ៍ ឬតម្រូវឲ្យប្តូរតម្រងនោមឬទេ ?  មាន Yes  មិនមាន No  
Does the patient require permanent renal dialysis or kidney transplantation?

9- តើអ្នកជំងឺកំពុងទទួលការលាងឈាមពីតម្រងនោមជាប្រចាំដែរឬអត់ ?  មាន Yes  មិនមាន No  
Is the patient currently undergoing regular peritoneal dialysis or hemodialysis?

បើ“ មាន” សូមបញ្ជាក់៖ If “Yes”, please state:  
i) កាលបរិច្ឆេទនៃការលាងឈាមដំបូង ...../...../.....  
Date of first dialysis (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

ii) ចំនួនដងនៃការលាងឈាមក្នុងមួយសប្តាហ៍ ..... ដង/សប្តាហ៍  
Number of dialyses per week times / week

10- តើការប្តូរតម្រងនោមត្រូវបានអនុវត្តឬទេ ? Has kidney transplantation been performed?  មាន Yes  មិនមាន No

បើ“ មែន” សូមបញ្ជាក់៖ If “Yes”, please state:  
i) កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់ ...../...../.....  
Date of surgery (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

ii) តើតម្រងនោមមួយណាដែលត្រូវបានវះកាត់យកចេញ ? Which kidney(s) was removed?  
.....

iii) តើការវះកាត់យកតម្រងនោមចេញជាការចាំបាច់ឬទេ ?  ចាំបាច់ Yes  មិនចាំបាច់ No  
Was the surgical removal absolutely necessary?  
បើ“ ចាំបាច់” សូមពន្យល់។ If “Yes”, please explain.  
.....

iv) ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានធ្វើការវះកាត់  
Name and address of doctor who performed the surgery  
.....

11- តើអ្នកជំងឺជាអ្នកទទួលការប្តូរតម្រងនោមដែរឬទេ ?  មាន Yes  មិនមាន No  
Was the patient a recipient of the kidney transplantation

12- តើការវះកាត់យកតម្រងនោមចេញទាំងស្រុងត្រូវបានអនុវត្តឬទេ ?  មាន Yes  មិនមាន No  
Was a complete surgical removal of one kidney performed?

បើ“ មាន” សូមណែនាំ៖ If “Yes”, please advise:  
i) កាលបរិច្ឆេទនៃការវះកាត់ ...../...../.....  
Date of surgery (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

ii) តើការវះកាត់ត្រូវបានគេចាត់ទុកថាចាំបាច់ផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រដោយបានប្រឹក្សាយោបល់ជាមួយគ្រូពេទ្យផ្នែកតម្រងនោមឬទេ ?  មាន Yes  មិនមាន No  
Was the surgical performed considered medically necessary by the consultant nephrologist?

iii) សូមប្រាប់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានធ្វើការវះកាត់  
Please provide the name and address of doctor who performed the surgery

iv) សូមផ្តល់នូវឯកសារថតចម្លងនៃការវះកាត់ដែលបានអនុវត្ត  
Please provide copies of operation report.

13- តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានជំងឺតម្រងនោម ឬជំងឺដែលជាប់ទាក់ទងដែរឬទេ?  មាន Yes  មិនមាន No  
Has the patient previously suffered from kidney disease or related illnesses?  
បើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត If "Yes", please provide details

**ង. ព័ត៌មានផ្សេងទៀត Other Information**

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

2- តើអ្នកជំងឺមានប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនដែលបង្កើនហានិភ័យលើជំងឺតម្រងនោម ដែរឬទេ?  មាន Yes  មិនមាន No  
Is there anything in the patient's personal medical history which would have increased the risk of Kidney 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

3- តើអ្នកអាចបញ្ជាក់បានទេថា ការវិវឌ្ឍន៍ដែលអាចឈានដល់ការស្លាប់គឺ អាចកើតមាននៅក្នុងរយៈពេលណា?  
Can you confirm that the advent of death is highly probable within?

i) ប្រាំមួយ (៦) ខែ? Six (6) months?  បាទ/ចាស Yes  ទេ No

ii) ដប់ពីរ (១២) ខែ? Twelve (12) months?  បាទ/ចាស Yes  ទេ No

បើ "បាទ / ចាស" សូមពន្យល់និងផ្តល់របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រដែលពាក់ព័ន្ធសម្រាប់គាំទ្រទស្សនៈនេះ។  
If "Yes", please describe and provide relevant medical reports that support this view.

4- សូមពិពណ៌នានិងពន្យល់លម្អិតអំពីលក្ខណៈនៃភាពធ្ងន់ធ្ងរសម្រាប់ពិការភាពរបស់អ្នកជំងឺ ប្រសិនបើមាន។  
Please describe and elaborate on the nature and severity of the patient's disability, if any.

5- តើស្ថានភាព ឬការវះកាត់របស់អ្នកជំងឺត្រូវបានអនុវត្តតាមវិធីណាដែលជាប់ទាក់ទង ឬដោយសារអ្វី?  
Is the patient's condition or surgery performed in any way related or due to?

i) ជំងឺអេដស៍ឬជំងឺដែលជាប់ទាក់ទងនឹងជំងឺអេដស៍?  
AIDS or HIV related illness?  មែន Yes  មិនមែន No

ii) ការប្រើប្រាស់ថ្នាំដែលមិនមានវេជ្ជបញ្ជាពីគ្រូពេទ្យដែលបានចុះបញ្ជី ឬប្រើថ្នាំញៀនមែនឬទេ?  
Use of drug not prescribed by a registered medical practitioner or drug abuse?  មែន Yes  មិនមែន No

iii) ការប្រើគ្រឿងស្រវឹង ឬការប្រើប្រាស់ខុស ?  មាន Yes  មិនមាន No  
 Alcohol abuse/misuse?

iv) ភាពមិនប្រក្រតីឬពិការភាពពីកំណើតឬទេ ?  មាន Yes  មិនមាន No  
 Congenital anomaly or defect?

ប្រសិនបើ "មាន" នៅក្នុង (i) - (iv) សូមបញ្ជាក់ និងភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃលទ្ធផលតេស្តមុខជាមួយទម្រង់នេះ៖

a) កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ ...../...../.....  
 Date of diagnosis ( ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy )

b) ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដ  
 Exact diagnosis  
 .....

c) ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអ្នកជំងឺអេដស៍ ការប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀន ឬការសេពគ្រឿងស្រវឹង ឬបញ្ហាពីកំណើត។  
 Name and address of doctor who first diagnosed the patient with HIV, AIDS, drug abuse or alcohol abuse or congenital anomaly.  
 .....

7) តើអ្នកមានដឹងអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត (នៅប្រទេសកម្ពុជា ឬនៅក្រៅប្រទេស) ដែលអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះយោបល់អំពីជំងឺតម្រងនោម ឬជំងឺណាមួយដែលទាក់ទង?  មាន Yes  មិនមាន No  
 Are you aware of any other doctor(s) (in Cambodia or Overseas) whom the patient consulted for Kidney Disease 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

8) សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ទាំងអស់រួមមាន របាយការណ៍ជំនាញឬរបាយការណ៍មន្ទីរពេទ្យ, 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 ..... លេខទូរសព្ទ Contact no .....

អាសយដ្ឋាន Address ..... អ៊ីមែល Email .....

ខ្ញុំសូមប្រកាសថាចម្លើយដែលបានឆ្លើយទាំងអស់ក្នុងទម្រង់បែបនេះ 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