

ការវះកាត់ផ្លាស់ប្តូរពោះវៀនតូច ឬ ការវះកាត់ផ្លាស់ប្តូរសរីរាង្គ
Small Bowel Transplant/ Major Organ Transplantation

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- តើអ្នកជំងឺត្រូវបានគេបញ្ជូនមកក្នុងមន្ទីរពេទ្យឬទេ? 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 និងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យណែនាំឲ្យបញ្ជូនមកព្យាបាល
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

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៖ ដុំគីស្ត 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.

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- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការខ្សោយនៃសរីរាង្គសំខាន់ៗដែលត្រូវការធ្វើការផ្លាស់ប្តូរសរីរាង្គ៖
Please provide details of any major organ failure necessitating the organ transplantation:

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) រោគវិនិច្ឆ័យពិតប្រាកដនៃជំងឺដែលនាំឱ្យមានការប្តូរសរីរាង្គសំខាន់ៗ
Exact Diagnosis of the underlying disease leading to the major organ transplantation

.....

លេខកូដ ICD-10 (បើមាន) ICD-10 Code (if applicable):.....

v) កាលបរិច្ឆេទការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូងពេលជំងឺចាំបាច់ធ្វើការផ្លាស់ប្តូរសរីរាង្គ/...../.....
Date when illness necessitating organ transplant was first diagnose (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- សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទនិងព័ត៌មានលម្អិតនៃការស៊ើបអង្កេតដែលបានអនុវត្តសម្រាប់ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនិងភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃការធ្វើតេស្តពាក់ព័ន្ធទាំងអស់របាយការណ៍
ដែលបានបញ្ជាក់ពីការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ
Please provide dates and details of investigation performed for the diagnosis and attach a copy of all relevant test reports that confirmed the diagnosis

.....

3- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអ្នកជំងឺដំបូងថាមានជំងឺ ឬស្ថានភាព ដែលត្រូវការប្តូរសរីរាង្គ
Name and address of the doctor who First diagnosed the patient with the illness/condition necessitating the organ transplant.

.....

4- តើអ្នកជំងឺគឺជាអ្នកទទួលការប្តូរពោះវៀនតូចដែរឬទេ? មែន Yes មិនមែន No
Was the patient a recipient of a human small bowel transplant?
ប្រសិន " មែន " សូមមេត្តាបញ្ជាក់ If "Yes", please state:

(i). កាលបរិច្ឆេទនៃការប្តូរពោះវៀនតូច/...../.....
Date of small bowel transplanted (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

(ii). តើពោះវៀនតូចត្រូវបានប្តូរប្រវែងប៉ុន្មាន ?
What was the length of small bowel transplanted?

.....

5- តើអ្នកជំងឺជាអ្នកទទួលការប្តូរសរីរាង្គសំខាន់ដែរឬទេ ? មែន Yes មិនមែន No
Was the patient a recipient of the major organ transplanted?
ប្រសិន " មែន " សូមមេត្តាបញ្ជាក់ If "Yes", please state:

(i). កាលបរិច្ឆេទនៃការប្តូរសរីរាង្គ/...../.....
Date of the organ transplanted (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

(ii). ឈ្មោះសរីរាង្គដែលត្រូវបានប្តូរ
Name of the transplanted organ

.....

(iii). តើសរីរាង្គត្រូវបានធ្វើការប្តូរទាំងមូល ឬ ដោយផ្នែក ? ទាំងមូល Entire Part ដោយផ្នែក
Whether the entire organ or part of the organ was transplanted?

(iv). តើមានសរីរាង្គស្ថិតក្នុងដំណាក់កាលចុងក្រោយដែលមិនអាចត្រឡប់វិញហើយពាក់ព័ន្ធជាមួយ
លទ្ធផលការប្តូរសរីរាង្គដែរឬទេ ? មាន Yes មិនមាន No

.....

Was there irreversible end-stage failure of the relevant organ that resulted in the transplant?

បើ “ មាន ” សូមពន្យល់ដោយភស្តុតាង If “Yes”, please elaborate with supporting evidence.

(v). តើការព្យាបាលអ្វីដែលអ្នកជំងឺបានទទួលមុនពេលប្តូរសរីរាង្គ (ឧ. ការលាងឈាម ការបញ្ចូលឈាម -ល-)?

What medical treatment had the patient been receiving prior to the transplantation (e.g. dialysis, blood transfusions, etc)?

(vi). កាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាបាលដំបូង

Date treatment commence

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

(vii). កាលបរិច្ឆេទដែលអ្នកជំងឺស្ថិតនៅក្នុងបញ្ជីរង់ចាំសម្រាប់ការកាត់

Date the patient was on the waiting list for the operation

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

6- តើវាជាការផ្សំសរីរាង្គដំបូងដែរឬទេ?

Was it the first graft? បើ “ មិនមាន ”

មែន Yes មិនមែន No

សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទនៃការផ្សំសរីរាង្គដំបូង

...../...../.....

If “No”, please give date of the first graft

(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

7- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់គ្រូពេទ្យកាត់ដែលធ្វើការកាត់ប្តូរសរីរាង្គនិងមន្ទីរពេទ្យដែលការកាត់ត្រូវបានអនុវត្ត

Name and address of the surgeon who performed the transplant and the hospital where the surgery was performed

ង. ព័ត៌មានផ្សេងទៀត Other Information

1- តើអ្វីទៅជាការព្យាករណ៍នៃស្ថានភាពរបស់អ្នកជំងឺ ?

What is the prognosis of the patient’s condition?

.....

2- តើអ្នកជំងឺមានប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនដែលអាចបង្កើនហានិភ័យលើការចុះខ្សោយសរីរាង្គសំខាន់ ដែរឬទេ ?

មាន Yes មិនមាន No

Is there anything in the patient’s personal medical history which would have increased the risk of the major organ failure.

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- តើមានប្រវត្តិគ្រួសាររបស់អ្នកជំងឺដែលអាចបង្កើនហានិភ័យនៃការចុះខ្សោយសរីរាង្គសំខាន់ៗដែរឬទេ ?

មាន Yes មិនមាន No

Is there anything in the patient’s family history which would have increased the risk of the major organ failure?

បើ “ មាន ” សូមប្រាប់លម្អិត If “Yes”, please give details:

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ Relationship with patient	ប្រភេទជំងឺ Nature of illness	កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ Date of diagnosis	ប្រភពព័ត៌មាន Source of information

4- តើមានការបញ្ឈប់ការព្យាបាលដើម្បីជួយសម្រួលរោគសញ្ញាដែររឺទេ?

មាន Yes មិនមាន No

Has active treatment and therapy now been rejected in favour of relief of symptoms?

បើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតពីមូលហេតុ
 If "Yes", please provide full details the reason

5- 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.

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

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

ការចុះខ្សោយសរីរាង្គសំខាន់ ឬជំងឺណាមួយដែរឬទេ ? Are you aware of any other doctor(s) (in Cambodia or Overseas) whom the patient consulted for major organ failure 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

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