

**ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ឬ ការរះកាត់សរសៃឈាមខួរក្បាល ឬ ជំងឺសរសៃឈាមខួរក្បាលមានភាពមិនប្រក្រតី  
Stroke/Cerebral Aneurysm Malformation (AVM) and Cerebral Aneurysm Surgery**

**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 និងមូលហេតុពិគ្រោះ 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- តើអ្នកជំងឺត្រូវបានគេបញ្ជូនឲ្យអ្នកឬទេ?  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) ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានគ្រូពេទ្យណែនាំឲ្យបញ្ជូនមកព្យាបាល  
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)

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

ii) ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតដែលត្រូវបានបញ្ជូនទៅព្យាបាលបន្ត  
 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 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។) ឬ Frequency (per week / month, etc)	ប្រភពព័ត៌មាន Source of information

**គ. ព័ត៌មានលម្អិតអំពី Details of Illness**

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

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

3- ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ដែលធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យអ្នកជំងឺដំបូង។  
Name and address of the doctor who **first** diagnosed the patient with this condition.  
.....

4- សូមពិពណ៌នាការកើតឡើងនៃជំងឺដំបូង ៖  
Please describe the initial episode:

i) ប្រភពនៃជំងឺដែលកើតឡើង  
Nature of episode:  
.....

ii) កាលបរិច្ឆេទការកើតឡើងនៃជំងឺដំបូង ...../...../.....  
Date of initial episode (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

iii) រយៈពេលនៃរោគសញ្ញាស្រួចស្រាវ Duration of acute symptoms:  
.....

5- តើមានចុះខ្សោយប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទមានរយៈពេលយ៉ាងតិច ប្រាំមួយ (៦) សប្តាហ៍បន្ទាប់ពីការកើតឡើងដំបូងនៃជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាលដែរឬទេ? Was there any neurological deficit lasting for at least six (6) weeks  មាន Yes  មិនមាន No

after the initial episode of Stroke?

បើ " មាន " សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត៖ If "Yes", please give details:

i) សូមពិពណ៌នាអំពីការចុះខ្សោយនៃប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ ។ Please describe the neurological deficit.

.....

ii) សូមពិពណ៌នាអំពីរោគសញ្ញានៃខូចខាតប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទដែលបានរកឃើញលើការពិនិត្យរាងកាយ។  
Please describe the symptoms of dysfunction in the nervous system that are present on clinical examination.

.....

iii) តើមានរយៈពេលប៉ុន្មានហើយទៅលើបញ្ហាកើតមានចាប់តាំងពីកើតឡើងនៃជំងឺដំបូង ?  
How long have these sequelae been present since the initial episode?

.....

iv) តើការចុះខ្សោយនៃសរសៃប្រសាទដែលមានរោគសញ្ញាក្លិនិកទំនងជាអចិន្ត្រៃយ៍និងស្ថិតស្ថេរលើជីវិតរបស់អ្នកជំងឺដែរឬទេ ?  មាន Yes  មិនមាន No  
សូមបញ្ជាក់លម្អិតជាមួយនឹងភស្តុតាងគាំទ្រ។ Is the neurological deficit with its clinical symptoms likely to be permanent, lasting throughout the lifetime of the patient? Please elaborate with supporting evidence.

.....

6- តើមានស្លាកនៃជាលិកាខួរក្បាល ការហូរឈាម ការស្ទះសរសៃឈាមនិងកំណកឈាមខាងក្រៅលលដីក្បាលដែរឬទេ ?  មាន Yes  មិនមាន No  
បើ " មាន " សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត។ Has there been an infarction of brain tissue, hemorrhage, embolism and thrombosis from an extracranial source? If "Yes", please provide full details.

.....

7- តើការស៊ើបអង្កេត ឬការរកឃើញសមស្របទៅនឹងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាលថ្មីដែរឬទេ ?  សមស្រប Yes  មិនសមស្រប No  
ប្រសិនបើ "សមស្រប " សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនិងភ្ជាប់ច្បាប់ថតចម្លងនៃរបាយការណ៍ទាំងអស់ CT Scan, MRI, លទ្ធផលតេស្តមន្ទីរពិសោធន៍។ ល។ Are the investigations or findings consistent with the diagnosis of a new Stroke? If "Yes", please provide details and attach a copy of all reports, CT Scan, MRI, laboratory test results, etc.

.....

8- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីការកាត់ ឬវិធីព្យាបាលផ្សេងៗដែលបានអនុវត្ត Please provide details of the surgery and/or other mode of treatment that had been performed

ការកាត់ ឬវិធីព្យាបាលផ្សេងៗដែលបានអនុវត្ត surgery and/or other mode of treatment had been performed	កាលបរិច្ឆេទនៃការព្យាបាល Date of treatment	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក Name of doctor & address of hospital/clinic

9- សូមបញ្ជាក់ដូចខាងក្រោម: Please confirm the following:

i) តើនេះជាការដាច់សរសៃឈាមបណ្តោះអាសន្នមែនឬទេ ?  មែន Yes  មិនមែន No  
Is this a Transient Ischemic Attack?

ii) តើវាជាការខូចខាតខួរក្បាលដោយសារគ្រោះថ្នាក់ ឬការងរបួស ការឆ្លងមេរោគ រលាកសរសៃឈាមមែនឬទេ ?  មែន Yes  មិនមែន No  
Was the brain damaged due to an accident or injury, infection, vasculitis, and inflammatory disease?

iii) តើស្ថានភាពនេះបណ្តាលមកពីជំងឺសរសៃឈាម ប៉ះពាល់ដល់សរសៃប្រសាទអុបទិកនិង មុខងារ vestibular ដែរឬទេ ?  មែន Yes  មិនមែន No  
 Was this condition due to vascular disease effecting the eye, optic nerve or vestibular function?

iv) តើស្ថានភាពនេះបណ្តាលមកពីជំងឺ ischemic នៃប្រព័ន្ធ vestibular ដែរឬទេ ?  មែន Yes  មិនមែន No  
 Was this condition due to ischemic disorder of the vestibular system?

v) តើស្ថានភាពនេះទាក់ទងនឹងរោគសញ្ញានៃខួរក្បាលដោយសារជំងឺប្រកាំងដែរឬទេ ?  មែន Yes  មិនមែន No  
 Was this condition related to cerebral symptoms due to migraine?

10- តើអ្នកជំងឺបានទទួលការកាត់ការប៉ោងកាត់សរសៃឈាមខួរក្បាលដែរឬទេ ?  មាន Yes  មិនមាន No  
 Has the patient undergone any Brain Aneurysm Surgery?

បើ " មាន " សូមបញ្ជាក់ដូចខាងក្រោម: If "Yes", please proceeds as follow:

i) តើការកាត់សរសៃឈាមបេះដូង ឬសរសៃឈាមខួរក្បាលត្រូវបានអនុវត្តដែរឬទេ ?  មាន Yes  មិនមាន No  
 Was an arteriogram / cerebral angiogram carried out?  
 បើ " មាន " សូមណែនាំ: If "Yes", please advise:  
 .....

ii) កាលបរិច្ឆេទនៃការកាត់សរសៃឈាមបេះដូងបានអនុវត្ត  មាន Yes  មិនមាន No  
 Date of arteriogram performed ...../...../.....  
 ( ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy )  
 សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ Please attach a copy of the report

iii) តើការកាត់ត្រូវបានអនុវត្តដើម្បីកែតម្រូវការប៉ោងសរសៃឈាមខួរក្បាល ឬដុំសរសៃឈាមខួរក្បាលមានភាពមិនប្រក្រតីឬទេ?  មាន Yes  មិនមាន No  
 Was surgery carried out to correct intracranial aneurysm or arterio-venous malformation?  
 បើ " មាន " សូមណែនាំ: If "Yes", please advise:  
 .....

iv) កាលបរិច្ឆេទនៃការកាត់  មាន Yes  មិនមាន No  
 Date of surgery ...../...../.....  
 ( ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy )

v) មូលហេតុនៃការកាត់  
 Nature of surgery  
 .....

vi) តើការកាត់ត្រូវបានធ្វើតាមរយៈការចោទឆ្អឹងលលាដីក្បាលដែរឬទេ ? Was surgery done via craniotomy?  មាន Yes  មិនមាន No  
 បើ " មិនមាន " សូមបញ្ជាក់ពីប្រភេទនៃការកាត់ដែលបានអនុវត្ត If "No", please state the type of surgery performed.  
 .....

បើ "មាន" សូមផ្តល់ឈ្មោះគ្រូពេទ្យកាត់ និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក If yes, provide name of surgeon and address of hospital/clinic  
 .....

vii) តើនីតិវិធីកាត់ជួសជុលសរសៃឈាមបេះដូងត្រូវបានអនុវត្តដែរឬទេ ?  មាន Yes  មិនមាន No  
 Was endovascular procedure performed?  
 បើ "មាន" សូមដាក់ឈ្មោះគ្រូពេទ្យកាត់ និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក If yes, provide name of surgeon and address of hospital/clinic  
 .....

viii) សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃលទ្ធផល ស្កេន MRI MRA ឬ angiogram ។  
 Please attach a copy of the tomography (CT) scan, magnetic resonance imaging (MRI), magnetic resonance angiograph (MRA) or angiogram.

**ង. ព័ត៌មានផ្សេងទៀត Other Information**

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

.....

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

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

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

iii) ការប្រើគ្រឿងស្រវឹង ឬ ប្រើប្រាស់ខុស  មាន Yes  មិនមាន No  
 Alcohol abuse/misuse

iv) ភាពមិនប្រក្រតី ឬពិការភាពពីកំណើតឬទេ  មាន Yes  មិនមាន No  
 Congenital anomaly or defect

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

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.

3- តើមានប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកជំងឺដែលអាចបង្កើនហានិភ័យនៃជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល,  
 ជុំសរសៃឈាមខួរក្បាលមានភាពមិនប្រក្រតី ទឹកដកក្នុងខួរក្បាល ឬជំងឺសរសៃឈាមតូចឬជំងឺដែលទាក់ទង  
 (ឧទាហរណ៍ជំងឺលើសសម្ពាធឈាម, ការស្ទះសរសៃឈាមខួរក្បាល, ការឈឺច្រូង, ជំងឺសរសៃឈាមបេះដូងជាដើម) ។  មាន Yes  មិនមាន No

Is there anything in the patient's personal medical history which would have increased the risk of Stroke, intracranial aneurysm, arterio-venous malformation, hydrocephalus or narrowing of carotid artery or any related illness (e.g. hypertension, transient ischemic attack, angina, other cardiovascular disease, congenital anomaly or defect, etc)?

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- តើមានប្រវត្តិគ្រួសាររបស់អ្នកជំងឺដែលអាចបង្កើនហានិភ័យនៃជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាលដែរឬទេ ?  មាន Yes  មិនមាន No

បើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត៖ If "Yes", please give details:

ទំនាក់ទំនងជាមួយអ្នកជំងឺ Relationship with patient	ប្រភពនៃលក្ខខណ្ឌ Nature of condition	អាយុចាប់ផ្ដើមរោគសញ្ញា Age of onset	ប្រភពព័ត៌មាន Source of information

5- តើអ្នកមានដឹងអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត (នៅប្រទេសកម្ពុជា ឬនៅក្រៅប្រទេស) ដែលអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះយោបល់អំពីជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ឬជំងឺណាមួយដែរឬទេ? Are you aware of any other doctor(s) (in Cambodia or Overseas) whom the patient consulted for **Stroke** or any possible related illness?  
បើ " មាន " សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត៖ If "Yes", please give details:  មាន Yes  មិនមាន No

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត និងអាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក Name of doctor & address of hospital/clinic	កាលបរិច្ឆេទពិគ្រោះយោបល់ដំបូងនិងចុងក្រោយ Date of first & last consultation	ហេតុផលសម្រាប់ការពិគ្រោះយោបល់ Reasons for consultation

6- 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.

7- សូមពិពណ៌នានិងពន្យល់លម្អិតអំពីលក្ខណៈនិងភាពធ្ងន់ធ្ងរនៃរាងកាយនិងផ្លូវចិត្តរបស់អ្នកជំងឺ ប្រសិនបើមាន។  
Please describe and elaborate on the nature and severity of the patient's physical and mental disability, if any

8- តើអ្នកជំងឺនៅតែបន្តតាមដាននៅគ្លីនិករបស់អ្នកទេ? Is the patient still on follow-up at your clinic?  មែន Yes  មិនមែន No  
i) បើ " មែន " សូមបញ្ជាក់កាលបរិច្ឆេទនៃការណាត់ជួបលើកក្រោយ  
If "Yes", please state date of next appointment ...../...../.....  
( ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy )  
ii) បើ " មិនមែន " សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃការចេញពីពេទ្យ  
If "No", please state date of discharge, if any ...../...../.....  
( ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy )

9- សូមភ្ជាប់ច្បាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ទាំងអស់រួមមាន របាយការណ៍ជំនាញប្រយោជន៍មន្ទីរពេទ្យ ( រួមមាន លទ្ធផលMRI ស្កេន ឬរូបភាពវេជ្ជសាស្ត្រផ្សេងៗ លទ្ធផលមន្ទីរពិសោធន៍ ។ល។ Please enclose a copy of all specialist or hospital reports, including magnetic resonance imaging, computerized tomography, or any reliable imagining techniques, laboratory test results, etc. that are available.

**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