

**ការវះកាត់យកសួតមួយចំហៀងទាំងមូលចេញ ឬជំងឺសួតដំណាក់កាលចុងក្រោយ
Surgical Removal of One Lung/ End Stage Lung Disease**

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" សូមប្រាប់ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋាន វេជ្ជបណ្ឌិតប្រចាំរបស់អ្នកជំងឺ
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 ឬគ្លីនិករបស់អ្នកយ៉ាងដូចម្តេច?
If "No", how did the patient come to consult at your hospital/clinic?
.....

4- តើអ្នកបានបញ្ជូនអ្នកជំងឺទៅវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតទេ? 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៖ ដុំគីស្ត 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- សូមប្រាប់លម្អិតអំពីទម្លាប់របស់អ្នកជំងឺទាក់ទងនឹងការសេពស្បៀងរួមទាំងបរិមាណនៃការសេពគ្រឿងស្រវឹង 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- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតអំពីស្ថានភាពនៃជំងឺស្នូតដំណាក់កាលចុងក្រោយ ហើយនឹងលក្ខខណ្ឌនៃស្នូត៖
Please provide details of **End Stage Lung Disease, and/or Lung 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 ឬស្ថានភាព/...../.....
Date the patient first became aware of the illness/condition (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

2- ឈ្មោះនិងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតជំនាញប្រព័ន្ធផ្លូវដង្ហើមដែលបានធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូងនៃជំងឺសួតដំណាក់កាលចុងក្រោយ ហើយនឹងលក្ខខណ្ឌនៃសួត
Name and address of the Respiratory specialist who First diagnosed the patient of the End Stage Lung Disease, and/or Lung condition
.....

3- i) សូមពិពណ៌នាអំពីជំងឺសួតរបស់អ្នកជំងឺ
Please describe the patient's lung disease
.....

ii) តើវាបានឈានដល់ដំណាក់កាលចុងក្រោយហើយឬនៅ? មែន Yes មិនមែន No
Has it reached end stage?
បើ“មែន” សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទនៃជំងឺសួតដំណាក់កាលចុងក្រោយ/...../.....
If “Yes”, please state date of End Stage Lung Disease (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

4- សូមផ្តល់កាលបរិច្ឆេទនិងព័ត៌មានលម្អិតនៃការស៊ើបអង្កេតទាំងអស់ដែលបានអនុវត្តរួមទាំងការធ្វើតេស្តមុខងារសួត(ជាពិសេសលទ្ធផលតេស្តផ្តុំខ្យល់FEV1នាពេលថ្មីៗនេះ)
Please provide dates and details of all investigations carried out, including pulmonary function tests (especially current FEV1)
.....

5- តើអ្នកជំងឺត្រូវការការព្យាបាលអុកស៊ីសែនជាញឹកញាប់និងអចិន្ត្រៃយ៍សម្រាប់ជំងឺ hypoxemia មែនឬទេ? មែន Yes មិនមែន No
Does the patient require extensive and permanent oxygen therapy for hypoxemia?
បើ“មែន” សូមបង្ហាញ If “Yes”, please advise:

i) ថ្ងៃចាប់ផ្តើម/...../.....
Start date (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

ii) ភាពញឹកញាប់ (ចំនួនដង)
Frequency

iii) អាសយដ្ឋានដែលបានធ្វើការព្យាបាលដោយអុកស៊ីសែន
Place where oxygen therapy is administered

6- តើមានការពិបាកដកដង្ហើមនៅពេលសម្រាកឬទេ? មែន Yes មិនមែន No

Is there dyspnea at rest?

ប្រសិនបើ "បាទ / ចាស" សូមរៀបរាប់អំពីភាពធ្ងន់ធ្ងរនិងកាលបរិច្ឆេទចាប់ផ្តើមនៃរោគសញ្ញា ការព្យាបាលនិងការផ្តល់យោបល់លើការគ្រប់គ្រងសកម្មភាពប្រចាំថ្ងៃ
If "Yes", please describe severity and start date of symptoms, treatment, and comment on how this restricts daily activities

7- តើកំហាប់អុកស៊ីសែនក្នុងឈាមរបស់អ្នកជំងឺធៀបជាមួយនឹងសម្ពាធអុកស៊ីសែនដោយផ្នែកមានកំរិតតិចជាង55mmHgមែនឬទេ? មែន Yes មិនមែន No
Is the patient's arterial blood gas analysis with partial oxygen pressures less than 55mmHg (i.e. PaO2 < 55mmHg)?

បើ "មែន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនៃលទ្ធផលនៃការវិភាគកំហាប់អុកស៊ីសែនក្នុងសរសៃឈាម
If "Yes", please provide full details of all arterial blood gas analysis results

8- តើអ្នកជំងឺបានទទួលការកាត់ដំងឺសួត (ការកាត់សួតចេញហើយ) ដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No

Did the patient undergo pneumonectomy (complete surgical removal of a lung)?

បើ "មាន" សូមបង្ហាញខាងក្រោម:
If "Yes", please advise the following:

9- សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិតនៃការព្យាបាលនាពេលបច្ចុប្បន្ន
Please provide details of current treatment

10- តើអ្នកជំងឺនៅតែបន្តតាមដាននៅមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិករបស់អ្នកដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No

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

បើ "មាន" សូមប្រាប់កាលបរិច្ឆេទនៃការណាត់ជួបលើកក្រោយ

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

If "Yes", please advise date of next appointment

(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

បើ "ទេ" សូមបញ្ជាក់ពីកាលបរិច្ឆេទថ្ងៃចេញពីមន្ទីរពេទ្យ

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

If "No", please state date of discharge

(ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ dd/mm/yyyy)

ង. ព័ត៌មានផ្សេងទៀត Other Information

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

2- តើអ្នកជំងឺធ្លាប់ត្រូវបានប៉ះពាល់នឹងសារធាតុណាដែលទំនងជាអាចបង្កើនហានិភ័យនៃជំងឺសួតដែរឬទេ? មាន Yes មិនមាន No

Has the patient ever been exposed to any substance that is likely to increase the risk of lung disease?

បើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត
If "Yes", please provide full details

3- តើអ្នកជំងឺធ្លាប់សម្រាកនៅមន្ទីរពេទ្យដោយសាររោគសញ្ញាឬផលវិបាកនៃជំងឺសួតដំណាក់កាលចុងក្រោយ ហើយលក្ខខណ្ឌនៃសួត? មាន Yes មិនមាន No

Has the patient ever been hospitalized for the symptoms or complications of End Stage Lung Disease and/or Lung condition?

បើ "មាន" សូមផ្តល់ព័ត៌មានលម្អិត If "Yes", please provide full details

| កាលបរិច្ឆេទសម្រាកពេទ្យ Date of hospitalization | មូលហេតុការចូលសម្រាកពេទ្យ Reasons for hospitalization | ការព្យាបាល Treatment received | ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត និងអាសយដ្ឋាន មន្ទីរពេទ្យ Name of doctor/surgeon and address of hospital |
|---|---|----------------------------------|---|
| | | | |

4- តើមានអ្វីគ្រប់គ្រងនឹងប្រវត្តិវេជ្ជសាស្ត្រផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកជំងឺ ឬប្រវត្តិគ្រួសារដែលអាចនឹងមានការបង្កើនហានិភ័យនៃជំងឺសួតដំណាក់កាលចុងក្រោយ ឬ លក្ខខណ្ឌនៃសួត? 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 End

stage of the disease?

Stage Lung Disease and/or Lung condition?

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

.....

6- តើអ្នកមានដឹងអំពីវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀត (នៅប្រទេសកម្ពុជា ឬនៅក្រៅប្រទេស) ដែលអ្នកជំងឺបានពិគ្រោះយោបល់អំពី មាន Yes មិនមាន No
នៃជំងឺស្ថិតដំណាក់កាលចុងក្រោយ ហើយនិងលក្ខខណ្ឌនៃស្ថិតឬជំងឺណាមួយដែរឬទេ?

Are you aware of any other doctor(s) (in Cambodia or Overseas) whom the patient consulted for end stage lung disease and/or lung 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 |
|---|--|--|
| | | |

7- តើអ្នកអាចបញ្ជាក់បានទេថា ការរំលែកដែលអាចឈានដល់ការស្លាប់គឺ អាចកើតមាននៅក្នុងរយៈពេលណា?

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

8- សូមភ្ជាប់ចម្លងនៃរបាយការណ៍ទាំងអស់រួមមាន របាយការណ៍ជំនាញប្រយោជន៍មន្ទីរពេទ្យ, របាយការណ៍ធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យ លទ្ធផលអេកូ របាយការណ៍វិភាគដុំសាច់, របាយការណ៍វះកាត់ 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