

PART 2 – CERTIFICATION OF HOSPITALIZATION វិញ្ញាបនបត្រពេទ្យ

Name of patient ឈ្មោះរបស់អ្នកជំងឺ		Age អាយុ	Sex ភេទ <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> ប្រុស <input type="checkbox"/> ស្រី									
<p>1 a) What is the diagnosis/Extent of injury? ១ ក) រោគវិនិច្ឆ័យ / វិសាលភាព រីទំហំនៃរបួស?</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>b) Is the condition due to: ខ) តើសភាពខាងលើនេះបណ្តាលមកពី :</p> <p>i) Congenital anomaly <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ភាពខូចទ្រង់ទ្រាយពិកំនើត <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>ii) Nervous mental disorder <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ភាពមិនធម្មតានៃផ្លូវចិត្ត សរសៃប្រសាទ <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>iii) Treatment of teeth or gum tissue <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ការព្យាបាលធ្មេញ រឺសម្ព័ន្ធរបស់វា <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>iv) Self-inflicted injury/drug addiction <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ការធ្វើរបួសដោយខ្លួនឯង / ការញៀនថ្នាំញៀន <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>v) Job-related injury <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No របួសដែលទាក់ទងនឹងការងារ <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>vi) Sexually transmitted disease <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ជំងឺកាមរោគ <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p>		<p>c) Is it due to or complication arising from pregnancy, childbirth, miscarriage, abortion, impotency, sterilization, subfertility or infertility? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No គ) តើជំងឺនេះបណ្តាលដោយផ្ទាល់ រឺជាផលវិបាកនៃការមានគភ៌ រំលូត រលូត ក្រៀវ រឺភាពអារីទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>If yes, what was the approximate date of commencement? ប្រសិនបើមែនតើកាលបរិច្ឆេទនៃការចាប់ផ្តើមនៅពេលណា?</p> <p>_____</p> <p>If for miscarriage, was it due to accident <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ប្រសិនបើរំលូត តើបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់រឺ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>d) Is the surgery for cosmetic purpose? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ឆ) តើការវះកាត់នេះគឺក្នុងគោលបំណងនៃការកែសម្ផស្សរឺ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>e) Is the surgery medically necessary? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No ឃ) តើការវះកាត់នេះចាំបាច់រឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p>										
<p>2 a) When you first consulted for the above sickness? ក) ជំងឺនេះត្រូវបានពិគ្រោះដំបូងនៅពេលណា?</p> <p>_____</p> <p>b) What was his/her complaint when he/she first saw you? ខ) តើអ្នកជំងឺបានតម្កល់តម្កល់នៅពេលដំបូងលោកជំងឺបង ?</p> <p>_____</p> <p>c) How long do you think this injury or sickness has been existing? គ) តើលោកគិតថាជំងឺ រឺរបួសនេះកើតមានមកពីពេលណា?</p> <p>_____</p>		<p>d) How long had the patient been troubled by symptoms prior consulting you? ឃ) តើអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញាទាំងអស់នេះរយៈពេលប៉ុន្មានមកហើយមុនពេលដែលគាត់មកពិគ្រោះជាមួយលោក?</p> <p>_____</p> <p>e) Had the patient ever had same or similar condition/symptoms? តើអ្នកជំងឺធ្លាប់មានអាការៈរោគដូច រឺប្រហែលពីពេលមុនរឺទេ? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not to my knowledge <input type="checkbox"/> មិនច្បាស់</p>										
<p>f) Had the patient been treated by other doctors for this sickness? If so, please specify below. <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើអ្នកជំងឺបានទទួលការព្យាបាលពីវេជ្ជបណ្ឌិតផ្សេងទៀតដែររឺទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>Physician previously consulted by patient for the above sickness (Please specify referral made by physician) ប្រសិនបើមាន សុំបញ្ជាក់ដូចខាងក្រោម៖ វេជ្ជបណ្ឌិតដែលបានពិគ្រោះជំងឺនេះពីពេលមុន (សូមបញ្ជាក់អៈ អានពីវេជ្ជបណ្ឌិតទាំងនោះ ឈ្មោះគ្លីនិក និងអាសយដ្ឋានទាំងនោះ) ។</p> <table border="1"> <thead> <tr> <th>Name ឈ្មោះ</th> <th>Approximate Date កាលបរិច្ឆេទប្រហាក់ប្រហែល</th> <th>Name of Clinic(s) and Address(es) ឈ្មោះរបស់គ្លីនិក និងអាសយដ្ឋានដែលមាន</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>_____</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </tbody> </table>				Name ឈ្មោះ	Approximate Date កាលបរិច្ឆេទប្រហាក់ប្រហែល	Name of Clinic(s) and Address(es) ឈ្មោះរបស់គ្លីនិក និងអាសយដ្ឋានដែលមាន	_____	_____	_____	_____	_____	_____
Name ឈ្មោះ	Approximate Date កាលបរិច្ឆេទប្រហាក់ប្រហែល	Name of Clinic(s) and Address(es) ឈ្មោះរបស់គ្លីនិក និងអាសយដ្ឋានដែលមាន										
_____	_____	_____										
_____	_____	_____										

<p>3 Surgical Cases ករណីវះកាត់</p> <p>a) Nature of operation(s) performed/surgical procedure(s) ប្រភេទនៃការវះកាត់ដែលបានធ្វើ / បែបបទនៃការវះកាត់</p> <p>_____</p> <p>b) Date performed ថ្ងៃធ្វើការវះកាត់</p> <p>_____</p> <p>c) Where was the operation(s)/surgical procedure(s) performed ? តើការវះកាត់ធ្វើឡើងនៅ ទីកន្លែងណា ? <input type="checkbox"/> Hospital <input type="checkbox"/> Clinic <input type="checkbox"/> មន្ទីរពេទ្យ <input type="checkbox"/> គ្លីនិក</p> <p>4 a) Is patient still under your care for the sickness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើអ្នកជំងឺនៅតែស្ថិតនៅក្រោមការព្យាបាលរបស់លោក/អ្នកដែរទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>b) If yes, how long do you expect this to continue and when are you going to review his/her condition again? បើបាទ តើរយៈពេលប៉ុន្មានទៀតដែលដែលត្រូវបន្ត និងពេលណាដែលលោក/អ្នកត្រូវពិនិត្យម្តងទៀត?</p> <p>_____</p> <p>c) If No, please state date of termination ប្រសិនបើទេ សូមបញ្ជាក់ពីពេលវេលាដែលត្រូវបញ្ចប់ការព្យាបាល</p> <p>_____</p>		<p>d) Where the surgical procedures approached through the same incision? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No តើការវះកាត់ធ្វើឡើងនៅកន្លែងដដែលឬទេ? <input type="checkbox"/> បាទ <input type="checkbox"/> ទេ</p> <p>e) If excision is performed, please indicate the size(s)/measurement(s) of lesion(s)/tumor(s)? ប្រសិនបើមានការវះកាត់ សូមបញ្ជាក់ពីទំហំ / ប្រវែងនៃស្នាម របួសដែលវះ វិជ្ជមាន?</p> <p>_____</p> <p>f) Name of Surgeon(s) ឈ្មោះរបស់គ្រូពេទ្យវះកាត់</p> <p>_____</p> <p>g) Name of Anesthetist ឈ្មោះរបស់គ្រូពេទ្យដាក់ថ្នាំសង្កត់</p> <p>_____</p> <p>d) If patient has been referred to another doctor for follow-up, furnish name & address of doctor. ប្រសិនបើអ្នកជំងឺត្រូវបានបញ្ជូនទៅអោយវេជ្ជបណ្ឌិតម្នាក់ទៀតដើម្បីតាមដាន សូមផ្តល់ឈ្មោះ និងអាសយដ្ឋានរបស់វេជ្ជបណ្ឌិតនោះ</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>e) What is the prognosis of this illness? ប៉ុន្មានមិក្ខុរបស់ជំងឺ (Pronostic) ?</p> <p>_____</p>
---	--	---

Physician's/Surgeon's Signature/Date
ហត្ថលេខារបស់វេជ្ជបណ្ឌិត / គ្រូពេទ្យវះកាត់ / កាលបរិច្ឆេទ

Name/Designations
ឈ្មោះ

Address
អាសយដ្ឋាន