

တာဝန်ရှိဆရာဝန်၏ထွက်ဆိုချက် (ကင်ဆာရောဂါ)

Attending Physician's Statement (Cancer)

1. လူနာ၏အချက်အလက် / Patient Information			
လူနာအမည် / Patient's Name:	အသက် / Age:
လိပ်စာ/ Address:	အလုပ်အကိုင် / Occupation
	မှတ်ပုံတင်/ပတ်စ်ပို့စ် / ID/ Passport No.
2. လူနာကျန်းမာရေးမှတ်တမ်း / Patient's Medical Record			
<ul style="list-style-type: none"> သင်သည်လူနာအားပုံမှန် ကုသပေးနေသည့် ဆရာဝန်ဟုတ်ပါသလား? / Are you the patient's usual medical attendant? <input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes <input type="checkbox"/> မဟုတ်/No ဟုတ်ခဲ့လျှင် မည်သည့်အချိန်အတိုင်းအတာအတွင်းဖြစ်ပါသလဲ။ / If yes, over what period do your record extend to: 			
စတင်ကုသသည့်ကာလ / Start date (dd/mm/yyyy)		ကုသမှုပြီးသည့်ကာလ / End date (dd/mm/yyyy)	
<ul style="list-style-type: none"> လူနာသည် မည်သည့်အချိန်တွင် ဤရောဂါအတွက်ပထမဆုံး သင်နှင့်စတင်တိုင်ပင်ခဲ့ပါသလဲ? / When did the patient first consult you for this condition?/...../..... (dd/mm/yy) ရောဂါလက္ခဏာများနှင့် ရောဂါလက္ခဏာများ စတင်ဖြစ်ပေါ်လာသည့်နေ့တို့ကို ဖော်ပြပါ။ / Please state symptoms presented and date symptoms first appeared 			
ဖြစ်ခဲ့သော ရောဂါလက္ခဏာများ / Symptoms presented at first consultation		ရောဂါလက္ခဏာများစတင်ပြသခဲ့သည့်နေ့ / Date symptoms first started (dd/mm/yyyy)	

- ဘယ်အရာ / ဘယ်သူသည် ဤအချက်အလက်များ၏ အရင်းအမြစ်ဖြစ်ပါသလဲ? /
What/Who was the source of this information?
.....
.....
- သင့်ထင်မြင်ချက်အရ လူနာ၏ရောဂါလက္ခဏာများမှာ ဘယ်လောက်ကြာမြင့်နေပါပြီလဲ? ဤကဲ့သို့ယူဆရသည့် အကြောင်းအရင်းကိုဖော်ပြပါ။ /
In your opinion, what were the likely durations of the patient's symptoms? Please provide reasons.
.....
.....

လူနာသည် ဤရောဂါလက္ခဏာများအတွက် သင့်နှင့်မပြသမီ အခြားဆရာဝန်များနှင့် ပြသခြင်းရှိခဲ့ပါသလား? /

Did the patient consult any other doctors for these symptoms **before** he/she consulted you? ရှိ/Yes မရှိ/No

ရှိခဲ့လျှင် အောက်ပါတို့ကို ဖော်ပြပါ။ / If yes, please provide details below.

ဆရာဝန်အမည် / Name of Doctor	ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအမည် နှင့် လိပ်စာ / Name of Clinic/Hospital and Address

3. ပြင်းထန်ရောဂါ၏အသေးစိတ်အချက်အလက်များ / Details of Critical Illness

- 1) ဘာရောဂါဖြစ်ပါသလဲ? ကျေးဇူးပြု၍ ရောဂါအကြောင်းအသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /
What is the diagnosis? Please provide full details of the diagnosis
.....
 - a. ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ /
Date of diagnosis/...../.....
(dd/mm/yyyy)
 - b. ပထမဆုံးရောဂါအမည်တပ်ခဲ့သော ဆရာဝန်အမည်၊ လိပ်စာနှင့် ဆေးရုံ/ဆေးခန်းလိပ်စာတို့ကို ဖော်ပြပါ။ /
Please provide the name and address of doctor and clinic/hospital where the diagnosis was first made.
.....
.....
 - c. လူနာမှ ရောဂါအမည်ပထမဆုံးသိရှိခဲ့သောနေ့ကို ဖော်ပြပါ။ /
Date when patient was first made aware of the diagnosis/...../.....
(dd/mm/yyyy)
- 2) ဘယ်ကိုယ်ခန္ဓာအစိတ်အပိုင်း သို့မဟုတ် နေရာ ရောဂါဖြစ်ခြင်းဖြစ်ပါသလဲ? /
What was the site or organ involved?
.....
 - a. ရောဂါ၏ တစ်သျှူးဗေဒရောဂါအမည်မှာ ဘာဖြစ်ပါသလဲ? (အကျိတ်၏ တစ်သျှူးဗေဒလက္ခဏာကိုဖော်ပြပါ။) /
What is the histological diagnosis of the disease (please provide histology of the tumor)?
.....
 - b. အကျိတ်၏ရောဂါအဆင့်ဘယ်လောက်ဖြစ်ပါသလဲ? သင့်တော်သော အဆင့်သတ်မှတ်ခြင်းကို အသုံးပြု၍ အဆင့်သတ်မှတ်ပေးပါ။ (ဥပမာ TNM
Classification၊ စသည်)

What is the staging of the tumor? Please provide full details using appropriate staging classification (e.g. TNM Classification, etc.).

- i. ရောဂါသည် အပြည့်အဝ တစ်နေရာတည်းတွင် ရှိနေပါသလား? /
Was the disease completely localized? ရှိ/Yes မရှိ/No
 - ii. အနီးအနားရှိ တစ်သျှူးများထဲသို့ ထိုးဖောက်ဝင်ရောက်ခြင်းရှိပါသလား? /
Was there invasion of adjacent tissues? ရှိ/Yes မရှိ/No
 - iii. ပြန်ရည်ကျိတ်များ ပါဝင်မှုရှိပါသလား? /
Were regional lymph nodes involved? ရှိ/Yes မရှိ/No
 - iv. အခြားအင်္ဂါများသို့ ပြန့်နှံ့ခြင်းရှိပါသလား? /
Were there distant metastases? ရှိ/Yes မရှိ/No
- ရှိလျှင် ပြန့်နှံ့သည့်နေရာအပါအဝင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /
If yes, please provide full details, including site of any metastases, etc.

3) အကယ်၍ ရောဂါအမည်မှာ သွေးဖြူဥကင်ဆာ (Leukemia) ဖြစ်ပါက အမျိုးအစားအတိအကျကိုဖော်ပြပါ။ /
If the diagnosis is leukemia, please provide details of actual type.

4) မှိုကင်ဆာ (Malignant Melanoma) ဖြစ်ပါက အရွယ်အစား၊ အထူ (Breslow Classification)၊ အနက် တို့ကို အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /
In the case of a malignant melanoma, please give full details of size, thickness (Breslow Classification) and depth of invasion.

5) ကုသမှုပေးခဲ့သော နည်းလမ်းများ (ဥပမာ၊ ခွဲစိတ်ခြင်း၊ ကင်ဆာဆေးသွင်းခြင်း၊ ဓာတ်ရောင်ခြည်ပြခြင်း စသည်) နှင့် ကုသမှုတစ်ခုခြင်းစီ၏ ကုသသည့်နေ့၊ ကြာမြင့်ချိန်တို့ကို ဖော်ပြပါ။ /
Please provide full details of all treatment provided (e.g. surgery, chemotherapy, radiotherapy, etc.), including dates and duration of each treatment.

ကုထုံး / Treatment provided	နေ့နှင့် ကြာချိန် / Date and Duration of Treatment

6) အကျိတ်၏ အသားစအဖြေယူခဲ့ပါသလား? /
Was a biopsy of the tumor performed? ယူ/Yes မယူ/No

7) စမ်းသပ်စစ်ဆေးခြင်းရလဒ်များအားလုံး၏ မိတ္တူကို တွဲပေးပါ။ ဥပမာ၊ အသားစအဖြေ၊ ဆဲလ်ဗေဒအဖြေ၊ တစ်သျှူးဗေဒအဖြေ၊ ဓာတ်မှန်၊ ကွန်ပျူတာဓာတ်မှန်၊ သံလိုက်ဓာတ်မှန် နှင့် အခြားပုံရိပ်လေ့လာခြင်းအဖြေများ၊ ဓာတ်ခွဲခန်းရလဒ်၊ ခွဲစိတ်မှုမှတ်တမ်း နှင့် အခြား သက်ဆိုင်သော မှတ်တမ်းများ။

Please provide details of all investigations performed and enclose copies of all reports, e.g. biopsy reports, cytology and histopathology reports, X-rays, CT and MRI scans, other imaging studies, laboratory evidence, surgical reports and other relevant hospital reports.

.....

8) ကျေးဇူးပြု၍ ဤအခြေအနေအတွက် လူနာတက်ရောက်ခဲ့ သို့မဟုတ် လွှဲထားခဲ့သည့်ဆေးခန်း / ဆေးရုံများအားလုံး၏အမည်နှင့်လိပ်စာများ၊

တိုင်ပင်ဆွေးနွေးခဲ့သောဆရာဝန်များ၏အမည်များကိုပေးပါ။

Please provide the names and addresses of all clinics/hospitals to which the patient has been referred to or attended for this condition together with the names of the doctors consulted.

.....

3. ကျန်းမာရေးရာဇဝင် / Medical History

1) လူနာကို ကင်ဆာပိုမိုဖြစ်စေနိုင်သော လူနာ၏အခြားကိုယ်ရေးကျန်းမာရေးရာဇဝင် ရှိပါသလား? / ရှိ/Yes မရှိ/No

Is there anything in the patient's personal medical history which would have increased the risk of Cancer?

ရှိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /

If yes, please provide details.

ရောဂါအမည်အတိအကျ / Exact Diagnosis	ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ / Date of Diagnosis	ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံ/ဆေးခန်း အမည် နှင့် လိပ်စာ / Name of Doctor and Address of Hospital/Clinic

2) လူနာ၏ မိသားစုရာဇဝင်တွင် ကင်ဆာပိုမိုဖြစ်စေနိုင်သော အကြောင်းရှိပါသလား? / ရှိ/Yes မရှိ/No

Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of Cancer?

ရှိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /

If yes, please provide details.

ရောဂါအမည်အတိအကျ / Exact Diagnosis	လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ / Relationship to the patient	ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ / Date of Diagnosis	ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံ/ဆေးခန်း အမည် နှင့် လိပ်စာ / Name of Doctor and Address of Hospital/Clinic

3) လူနာသည် ထူးခြားသော ကျန်းမာရေးအခြေအနေဖြစ်နေပါသလား သို့မဟုတ် ဖြစ်ဖူးခြင်းရှိပါသလား? / ရှိ/Yes မရှိ/No
 Does the patient have or ever have had any significant health conditions?
 ရှိလျှင် ဖော်ပြပါ။ /
 If yes, please provide:

ရောဂါလက္ခဏာအသေးစိတ် / Details of symptoms	ရောဂါအမည်အတိအကျ / Exact Diagnosis	ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ / Date of Diagnosis	ကုထုံး / Treatment

4) ဆေးလိပ်သောက်လျှင်၊ တစ်နေ့လျှင်သောက်သည့် စီးကရက်အရေအတွက်နှင့် ဤအချက်အလက်များ၏ အရင်းအမြစ်အပါအဝင် အတိတ်နှင့်လက်ရှိဆေးလိပ်သောက်ခြင်းနှင့်ပတ်သက်သည့် လူနာ၏အလေ့အထအသေးစိတ်ကို ကျေးဇူးပြု၍ ပေးပါ။ (ကလေးအတွက် အကျုံးမဝင်ပါ)
 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: (Not applicable for child)

ဆေးလိပ်သောက်သည့်နှစ် / No. of years of smoking	တစ်နေ့ သောက်သည့်အရေအတွက်/ No. of sticks per day	အချက်အလက်၏အရင်းအမြစ် / Source of information

5) အရက်သောက်လျှင် အရက်သုံးစွဲမှု၊ အကြိမ်အရေအတွက်နှင့် ဤအချက်အလက်၏ရင်းမြစ်အပါအဝင် အရက်သုံးစွဲမှုနှင့် ပတ်သက်၍ လူနာ၏အလေ့အထများကို ကျေးဇူးပြု၍ ပေးပါ။ /
 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. (Not applicable for child)

အရက်အမျိုးအစား / Type of Alcohol	တစ်ကြိမ်သောက်သည့်ပမာဏ / Quantity per consumption	တစ်ပတ်/လ သောက်သည့်အကြိမ် / Frequency (per week/month etc.)	အချက်အလက်၏အရင်းအမြစ် / Source of information

6) စမ်းသပ်စစ်ဆေးခြင်းရလဒ်များအားလုံး အသားစအဖြေ၊ အသံဓာတ်မှန်နှင့် အခြားဓာတ်ခွဲခန်းရလဒ်၊ ခွဲစိတ်မှုမှတ်တမ်းနှင့် အခြား သက်ဆိုင်သော မှတ်တမ်းများ အပါအဝင်တို့၏မိတ္တူကို တွဲပေးပါ။ /
 Please enclose a copy of all reports including specialist or hospital reports, diagnostic test result, ultrasound, biopsy reports, surgical reports, laboratory evidence, etc.

.....

4. အခြားအချက်အလက်များ / Other Information

1) ဤရောဂါမှာ ကင်ဆာကနဦး ဖြစ်ပါသလား?	<input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes	<input type="checkbox"/> မဟုတ်/No
Is the condition carcinoma-in-situ?		
2) ဤရောဂါမှာ ကင်ဆာဖြစ်ရန်နီးစပ်မှုရှိခြင်း၊ ကင်ဆာဟုသံသယရှိခြင်း သို့မဟုတ် ကင်ဆာဖြစ်နိုင်ခြင်းဖြစ်ပါသလား? /	<input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes	<input type="checkbox"/> မဟုတ်/No
Is the condition pre-malignant, borderline malignant, suspicious malignant potential or non-invasive?		
3) ဤရောဂါမှာ ကနဦးသားအိမ်ခေါင်းကင်ဆာ အဆင့် ၁၊ အဆင့် ၂၊ အဆင့် ၃ ဖြစ်ပါသလား? /	<input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes	<input type="checkbox"/> မဟုတ်/No
Is the condition Cervical Dysplasia CIN 1, CIN 2, CIN 3?		
4) ဤရောဂါမှာ အရေပြားကင်ဆာ (Hyperkeratosis, Basal cell and Squamous) ဟုတ်ပါသလား? /	<input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes	<input type="checkbox"/> မဟုတ်/No
Is the condition Hyperkeratosis, basal cell and squamous skin cancers?		
5) ဤရောဂါမှာ မွှဲကင်ဆာ (1.5mm Breslow thickness or less than Clark Level 3) ဟုတ်ပါသလား? /	<input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes	<input type="checkbox"/> မဟုတ်/No
Is the condition melanoma of less than 1.5mm Breslow thickness or less than Clark Level 3?		
6) ဤရောဂါမှာ ဆီးကြိုတ်ကင်ဆာ (TNM classification T1 (T1a or T1b) or another equivalent or lesser	<input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes	<input type="checkbox"/> မဟုတ်/No
classification) ဟုတ်ပါသလား? /		
Is the condition Prostatic cancer described as TNM classification T1 (T1a or T1b) or another equivalent or lesser classification?		
7) ဤရောဂါမှာ သိုင်းရွှတ်ကင်ဆာ (Papillary Carcinoma of the Thyroid of less than 1 cm in	<input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes	<input type="checkbox"/> မဟုတ်/No
diameter)ဟုတ်ပါသလား? /		
Is the condition Papillary Carcinoma of the Thyroid of less than 1 cm in diameter?		
8) ဤရောဂါမှာ ဆီးအိမ်ကင်ဆာ (classified as T1N0M0 (TNM classification) or lesser) ဟုတ်ပါသလား? /	<input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes	<input type="checkbox"/> မဟုတ်/No
Is the condition tumor of Urinary Bladder histologically classified as T1N0M0 (TNM classification) or lesser?		
9) ဤရောဂါမှာ သွေးဖြူဥကင်ဆာ (Chronic Lymphocytic Leukemia of less than RAI Stage 3)	<input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes	<input type="checkbox"/> မဟုတ်/No
ဟုတ်ပါသလား? /		
Is the condition Chronic Lymphocytic Leukemia of less than RAI Stage 3?		
10) ဤရောဂါနှင့်အတူ HIV ကူးစက်ခံထားရခြင်း ရှိပါသလား? ရှိလျှင် HIV ခုခံအား အခြေအနေ ဘယ်လိုရှိပါသလဲ? /	<input type="checkbox"/> ရှိ/Yes	<input type="checkbox"/> မရှိ/No
Is the tumor in the presence of HIV infection? If yes, what is the HIV antibody status?		
.....		

6. ဆရာဝန်၏အချက်အလက် / Physician's Information

တာဝန်ရှိဆရာဝန်အမည် / Name of Attending physician:

ဖုန်းနံပါတ် / Phone Number:

အီးမေးလ် / email:

လိပ်စာ / Address:

ကျွန်ုပ်သည် ဤပုံစံပါ အဖြေများကို ကျွန်ုပ်သိသမျှယုံကြည်မှု နှင့် အကောင်းဆုံးပြည့်စုံစွာဖြည့်စွက်ထားသည့်ဟု ကြေညာပါသည်။ /
I hereby declare that all the answers are each and all true to the best of my knowledge and belief.

လက်မှတ်နှင့် နေ့စွဲ / Signature & Date:

ဆေးရုံ/ဆေးခန်းတံဆိပ်တုံး / Clinic/Hospital Stamp

ဤ ပုံစံကို ဖြည့်စွက်ပြီးလျှင် သင့်တွင် အောက်ပါ စာရွက်စာတမ်းများရှိပါက ပူးတွဲထည့်ပေးပါ။ /

After you have fully completed this form, if you have the following materials, please attach copies:

- လက်ရှိ သို့မဟုတ် လွန်ခဲ့သော ၂ နှစ်အတွင်းရှိ ဆေးကုသမှုမှတ်တမ်းများ /
Medical Records for the period of treatment or the last two years
- ဆေးရုံတက်ခဲ့သောမှတ်တမ်း
Hospital discharge summaries
- ရောဂါလက္ခဏာ/အမည်ကိုသိစေနိုင်သော ဆေးစစ်ချက်မှတ်တမ်းများ /
Test result showing objective findings
- ကုသပေးသောဆရာဝန်၏ မှတ်တမ်း /
Consulting physician reports