

## တာဝန်ရှိဆရာဝန်၏ထွက်ဆိုချက် (နှလုံးသွေးကြောဆိုင်ရာခွဲစိတ်မှုများ)

### Attending Physician's Statement (Coronary Angioplasty, Coronary Artery Bypass Surgery)

1. လူနာ၏အချက်အလက် / Patient Information			
လူနာအမည် / Patient's Name:	.....	အသက် / Age:	.....
လိပ်စာ/ Address:	.....	အလုပ်အကိုင် / Occupation	.....
	.....	မှတ်ပုံတင်/ပတ်စ်ပို့နံပါတ် / ID/ Passport No.	.....
2. လူနာကျန်းမာရေးမှတ်တမ်း / Patient's Medical Record			
1) ဆေးရုံ/ဆေးခန်းသို့လာရောက်ပြသသော နေ့များနှင့် ကာလတိုကိုဖော်ပြပါ။ / Please state date of consultation and period of the Hospital/Clinic record			
ပထမဆုံးပြသသည့်နေ့ / Date of first consultation	နောက်ဆုံးပြသသည့်နေ့ / Date of last consultation	ထိုကာလအတွင်းပြသခဲ့သည့် အကြိမ်ရေ / Number of consultations during the above period	ဆေးရုံ/ဆေးခန်းအမည်နှင့်ပြသရသည့်အကြောင်းအရင်း / Name of hospital/clinic and reasons for consultations
2) သင်သည်လူနာအားပုံမှန် ကုသပေးနေသည့် ဆရာဝန်ဟုတ်ပါသလား? / Are you the patient's usual medical attendant? <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes      <input type="checkbox"/> မဟုတ်/No</span>			
a. ဟုတ်လျှင် ဘယ်အချိန်မှ စပါသလဲ? / If yes, since when? <span style="float: right;">...../...../..... (dd/mm/yy)</span>			
b. မဟုတ်လျှင် လူနာပုံမှန်ပြသနေသော ဆရာဝန်၏ အမည်နှင့်လိပ်စာကို ဖော်ပြပါ။ / If No, please provide name and address of the patient's regular doctor ..... .....			
3) သင့်ထံသို့ လူနာကို အခြားဆရာဝန်မှ လွှဲခဲ့ပါသလား? ဟုတ်လျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ / Was the patient referred to you? If yes, please provide: <span style="float: right;"><input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes      <input type="checkbox"/> မဟုတ်/No</span>			
a. လွှဲလာခဲ့သောနေ့ / Date referred <span style="float: right;">...../...../..... (dd/mm/yy)</span>			
b. လွှဲလာရသည့် အကြောင်းအရင်း / Reason the patient was referred .....			

c. လွှဲပေးလာခဲ့သော ဆရာဝန်၏အမည်နှင့်လိပ်စာ /  
Name and address of doctor recommending the referral

.....

.....

d. မဟုတ်လျှင် လူနာသည် သင့်ဆေးရုံ/ဆေးခန်းသို့ ဘယ်လိုလာရောက်ပြသခဲ့ပါသလဲ? /  
If No, how did the patient come to consult at your hospital/clinic?

.....

.....

4) သင်သည် လူနာကို အခြားဆရာဝန်ထံသို့ လွှဲထားခြင်းရှိပါသလား? ရှိလျှင် /  ရှိ/Yes  မရှိ/No  
Have you referred the patient to any other doctor? If yes:

a. လွှဲပေးခဲ့သောနေ့ / Date referred

b. လွှဲပေးရသည့် အကြောင်းအရင်း / Reason the patient was referred

.....

c. လွှဲပေးခဲ့သော ဆရာဝန်၏အမည်နှင့်လိပ်စာ /

d. Name and address of doctor recommending the referral

.....

.....

5) လူနာသည် ထူးခြားသော ကျန်းမာရေးအခြေအနေဖြစ်နေပါသလား သို့မဟုတ် ဖြစ်ဖူးခြင်းရှိပါသလား? (ဥပမာ၊ အရည်အိတ်၊ ကင်ဆာ၊ အသည့်ရောင်ခြင်း၊ ဆီးချို၊ သွေးတိုး၊ သွေးတွင်းအဆီများခြင်း၊ သွေးအားနည်းခြင်း စသည်) ရှိလျှင် ဖော်ပြပါ။ /  
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:

ရှိ/Yes  မရှိ/No

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

6) မေးခွန်းနံပါတ် (၅) တွင် ဖော်ပြခဲ့သော လက္ခဏာ(များ)အတွက် ပြသခဲ့သော ဆရာဝန်များ၏ အမည်နှင့် လိပ်စာတို့ကို ဖော်ပြပါ။ /  
Name and address of doctors whom the patient consulted for the condition(s) stated in Question (5) above.

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

7) အထက်ဖော်ပြပါ ကုထုံးများနှင့် သက်ဆိုင်သော စာရွက်စာတမ်းများကို ပူးတွဲတင်ပေးပါ။ /  
Please provide the documentation regarding treatment(s) above.

.....

8) 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

9) အရက်သောက်လျှင် အရက်သုံးစွဲမှု၊ အကြိမ်အရေအတွက်နှင့် ဤအချက်အလက်၏ရင်းမြစ်အပါအဝင် အရက်သုံးစွဲမှုနှင့် ပတ်သက်၍ လူနာ၏အလေ့အထများကို ကျေးဇူးပြု၍ ပေးပါ။ (ကလေးအတွက် အကျုံးမဝင်ပါ) /  
 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

**3. ပြင်းထန်ရောဂါ၏အသေးစိတ်အချက်အလက်များ / Details of Critical Illness**

1) ပြင်းထန်သော နှလုံးသွေးလွှတ်ကြောရောဂါ သို့မဟုတ် ခွဲစိပ်မှုဖြစ်စေသော နှလုံးရောဂါ၏ အသေးစိတ်ကိုဖော်ပြပါ။ /  
 Please provide details of the heart disease leading to Surgery or Serious Coronary Artery Disease:

a. ပထမဆုံးလာရောက်ပြသသည့်နေ့ /  
 Date of first consultation ...../...../.....  
 (dd/mm/yyyy)

b. ပထမဆုံးလာရောက်ပြသသည့်နေ့တွင်ပြသခဲ့သော ရောဂါလက္ခဏာ(များ)၏ အသေးစိတ်ကို စတင်ဖြစ်ခဲ့သောနေ့နှင့်တကွ ဖော်ပြပါ။ /  
 Details of symptom(s) presented during the First consultation, and date these symptoms First started

.....  
 .....

c. ရောဂါလက္ခဏာ(များ) ဖြစ်ပေါ်စေသော အကြောင်းအရာ(များ)ကို ဖော်ပြပါ။ /  
 What is the underlying cause(s) of the symptoms?

.....  
 .....

d. သင်တပ်လိုသော ရောဂါအမည် အတိအကျကို ဖော်ပြပါ။ /  
 What is your exact diagnosis?

.....  
 .....

e. ပထမဆုံး ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ /  
 Date of first Diagnosis ...../...../.....  
 (dd/mm/yyyy)

f. လူနာမှ ရောဂါအခြေအနေကို ပထမဆုံးသိရှိသည့်နေ့ /  
Date the patient first became aware of the illness/condition Diagnosis ...../...../.....  
(dd/mm/yyyy)

2) လူနာ၏ ရောဂါအခြေအနေကို ပထမဆုံးရောဂါအမည်တပ်ခဲ့သော နှလုံးအထူးကုဆရာဝန်၏ အမည်နှင့်လိပ်စာ /  
Name and address of the cardiologist who first diagnosed the patient with this condition  
.....  
.....

3) လုပ်ဆောင်ခဲ့သော ခွဲစိတ်မှုတွင် အမှန်ခြစ်ပါ။ /  
Please tick the type of surgery performed

ခွဲစိတ်မှုအမျိုးအစား / Type of Surgery	လုပ်ဆောင်ခဲ့သော ခွဲစိတ်မှု / Surgery Performed
နှလုံးသွေးလွှတ်ကြော လမ်းလွဲခွဲစိတ်ကုသခြင်း / Coronary Artery Bypass Surgery	<input type="checkbox"/> လုပ်/Yes <input type="checkbox"/> မလုပ်/No
အပေါက်ငယ်ဖောက်၍ မှန်ပြောင်းဖြင့် ခွဲစိတ်ကုသခြင်း / Keyhole Surgery	<input type="checkbox"/> လုပ်/Yes <input type="checkbox"/> မလုပ်/No
ခြေလက်များရှိသွေးကြောများမှတစ်ဆင့် နှလုံးသွေးလွှတ်ကြောခွဲစိတ်ကုသခြင်း / Enhanced External Counterpulsation (EECP)	<input type="checkbox"/> လုပ်/Yes <input type="checkbox"/> မလုပ်/No
လေဆာဖြင့် နှလုံးကိုဖောက်၍ ကုသခြင်း / Trans-myocardial Laser	<input type="checkbox"/> လုပ်/Yes <input type="checkbox"/> မလုပ်/No
မာနေသော နှလုံးသွေးကြောကို ဖြတ်ထုတ်ခြင်း / Atherectomy	<input type="checkbox"/> လုပ်/Yes <input type="checkbox"/> မလုပ်/No
နှလုံးသွေးကြော ပြုပြင်ခွဲစိတ်ခြင်း / Angioplasty	<input type="checkbox"/> လုပ်/Yes <input type="checkbox"/> မလုပ်/No
အခြား (အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။) / Other (please specify ) .....	

4) ခွဲစိတ်မှု ပြုလုပ်ခဲ့သည့်နေ့ /  
Date of surgery was performed. ....../...../.....  
(dd/mm/yyyy)

5) ပါဝင်သော နှလုံးသွေးလွှတ်ကြောများနှင့် ကျဉ်းမြောင်းမှုအရီ (%) ကိုဖော်ပြပြီး သွေးကြောဓာတ်မှန်မိတ္တူကို ပူးတွဲတင်ပေးပါ။  
Please specify the coronary arteries involved and the degree (%) of narrowing and attach a copy of Angiogram report.

နှလုံးသွေးလွှတ်ကြော / Coronary Artery	ကျဉ်းသည် / Stenosis	ကျဉ်းမြောင်းမှု (%) / % of Stenosis
ဘယ်ဘက်ပင်မ သွေးလွှတ်ကြော / Left Main Stem Artery	<input type="checkbox"/> ကျဉ်း/Yes <input type="checkbox"/> မကျဉ်း/No	
ဘယ်ဘက် အရှေ့အောက်သို့သွားသော သွေးလွှတ်ကြော / Left Anterior Descending Artery	<input type="checkbox"/> ကျဉ်း/Yes <input type="checkbox"/> မကျဉ်း/No	
ဘယ်ဘက်မှ ပတ်သော သွေးလွှတ်ကြော / Left Circumflex Artery	<input type="checkbox"/> ကျဉ်း/Yes <input type="checkbox"/> မကျဉ်း/No	
ညာဘက်နှလုံးသွေးလွှတ်ကြော / Right Coronary Artery	<input type="checkbox"/> ကျဉ်း/Yes <input type="checkbox"/> မကျဉ်း/No	

6) အကယ်၍ ရင်ဘက်ဖွင့် (နှလုံးဖွင့်) ခွဲစိတ်မှုပြုလုပ်ခဲ့လျှင် ဖော်ပြပါ။ /  
If an open chest (open heart) surgery was performed, please state:

a. အစားထိုးသည့် အသားစ အရေအတွက် /  
Number of grafts

.....

b. အသားစ အစားထိုးသည့်နေရာများ /  
Sites of grafts inserted.

.....

7) ခွဲစိတ်မှုပြုလုပ်ခဲ့သော ဆေးရုံ၊ ဆရာဝန်တို့၏ အမည်နှင့် လိပ်စာတို့ကိုဖော်ပြပါ။ /  
Name of surgeon(s) who performed the surgery, and the name and address of the hospital at which surgery was performed?

.....  
.....

8) အခြားကုထုံးများရှိလျှင် အသေးစိတ် အပြည့်အစုံ ဖော်ပြပါ။ /  
Please provide full detail of any other treatment provided

.....  
.....

9) ထိုခွဲစိတ်ကုသမှုသည် နှလုံးအထူးကုမှ လိုအပ်သည့်ဟု ယူဆသောကြောင့် ခွဲစိတ်ခြင်း ဟုတ်ပါသလား? /  
Was the above surgery considered medically necessary by the consultant cardiologist?  ဟုတ်/Yes  မဟုတ်/No

10) လူနာသည် ယခင်က ယခုကဲ့သို့သောခွဲစိတ်မှု ခံယူခဲ့ဖူးခြင်းရှိပါသလား? /  
Has the patient undergone a similar surgery before?  ရှိ/Yes  မရှိ/No  
ရှိလျှင် ပြုလုပ်ခဲ့သည့် ခွဲစိတ်မှု၊ နေ့၊ နေရာ နှင့် ခွဲစိတ်ခဲ့ရသည့်အကြောင်းအရင်းတို့ကို ဖော်ပြပါ။

.....  
.....

11) လူနာသည် ယခင်က နှလုံးသွေးလွှတ်ကြောရောဂါ သို့မဟုတ် ဆက်စပ်ရောဂါများ ဖြစ်ဖူးခြင်းရှိပါသလား? /  
Did the patient previously suffer from coronary artery disease or any related illness?  ရှိ/Yes  မရှိ/No  
ရှိလျှင် ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့၊ ကုထုံးအပါအဝင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /  
If yes, please provide detail, including date of diagnosis and treatment prescribed.

.....  
.....

12) အခြားစမ်းသပ်စစ်ဆေးချက်များနှင့် ကုသမှုလုပ်ငန်းစဉ်များ ရှိပါသလား? /  
Have any other investigative tests or procedure been performed?  ရှိ/Yes  မရှိ/No  
ရှိလျှင် အသေးစိတ်ကို မိတ္တူနှင့်တကွ ပူးတွဲဖော်ပြပါ။ /  
If yes, please provide details and attach a copy of the result.

.....  
.....

**4. အခြားအချက်အလက်များ / Other Information**

1) လူနာ၏ ရောဂါမှ ကုသမှုကို တုံ့ပြန်သည့်အခြေအနေကို ပြောပြပါ။ /  
What is the prognosis of the patient's condition?

.....

2) လူနာ၏ ကျန်းမာရေးရာဇဝင်တွင် ဤရောဂါအခြေအနေကို ပိုမိုဆိုးရွားစေနိုင်သော အကြောင်းများရှိပါသလား? (ဥပမာ၊ အဝလွန်ခြင်း၊ သွေးတိုးခြင်း၊ သွေးတွင်းအဆီများခြင်း၊ ဆီးချို၊ ရင်ဘက်အောင့်ခြင်း သို့မဟုတ် အခြားနှလုံးသွေးကြောဆိုင်ရာ ရောဂါများ စသည်) /  
Is there anything in the patient's personal medical history which would have increased the risk of this condition (e.g. obesity, hypertension, hyperlipidemia, diabetes, angina, or other cardiovascular disease, etc.)

ရှိ/Yes  မရှိ/No

ရှိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /  
If "Yes", please give details:

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

3) လူနာ၏ မိသားစုကျန်းမာရေးရာဇဝင်တွင် ဤရောဂါအခြေအနေကို ပိုမိုဖြစ်စေနိုင်သော အကြောင်းများရှိပါသလား? /  
Is there anything in the patient's family history which would have increased the risk of this condition?

ရှိ/Yes  မရှိ/No

ရှိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /  
If "Yes", please give details:

လူနာနှင့်တော်စပ်ပုံ / Relationship with the patient	ရောဂါ၏သဘာဝ / Nature of illness	စဖြစ်သည့်အသက် / Age of onset	သတင်း၏အရင်းအမြစ် / Source of Information

4) လူနာသည် ဆက်လက်၍ ပြသခြင်းရှိနေပါသေးသလား? / Is the patient still in follow-up?

ရှိ/Yes  မရှိ/No

ရှိလျှင် နောက်တကြိမ် ပြသမည့်ရက်ကို ဖော်ပြပါ။ / If "Yes", please state date for next appointment.  
...../...../.....  
(dd/mm/yyyy)

မရှိလျှင် ဆေးရုံမှ ပေးဆင်းလိုက်သည့်နေ့ကို ဖော်ပြပါ။ / If "No", please state date of discharge.  
...../...../.....  
(dd/mm/yyyy)

5) လူနာသည် နှလုံးသွေးကြောရောဂါ သို့မဟုတ် ဆက်စပ်ရောဂါများအတွက် မြန်မာနိုင်ငံတွင်း သို့မဟုတ် ပြည်ပရှိ အခြားဆရာဝန်များ နှင့် ပြသခဲ့ခြင်း ရှိမရှိ သင် သိပါသလား? /

Are you aware of any other doctor(s) (in Myanmar or Overseas) whom the patient consulted for coronary artery Disease or any possible related illness?

သိ/Yes  မသိ/No

သိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /

If "Yes", please give details:

ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံ/ဆေးခန်း အမည် နှင့် လိပ်စာ / Name of Doctor and Address of Hospital/Clinic	ပထမဆုံးနှင့် နောက်ဆုံးပြသခဲ့သည့်နေ့ / Date of first and last consultation	ပြသရသည့်အကြောင်းအရင်း / Reasons for consultation

**5. 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**