

တာဝန်ရှိဆရာဝန်၏ထွက်ဆိုချက် (နှလုံးဖေါက်ခြင်း)

Attending Physician's Statement (Heart Attack)

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 ကာလတို့ကိုဖော်ပြပါ။ / 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 /  
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) နှလုံးဖောက်ခြင်း၏ အသေးစိတ်ကိုဖော်ပြပါ။ /  
 Please provide details of the heart attack condition:

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။ (ဖြစ်နိုင်လျှင်) ICD-10 ကုဒ်ကိုဖော်ပြပါ။ /  
 What is your exact diagnosis? ICD-10 Code (if available):

.....

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) ရောဂါအမည်တပ်ရန်အတွက် လုပ်ဆောင်ခဲ့သော စစ်ဆေးစမ်းသပ်မှုများ၏ အသေးစိတ်ကို နေ့နှင့်တကွဖော်ပြပါ။ (ရောဂါကိုအတည်ပြုနိုင်သော သက်ဆိုင်သည့်ရလဒ်များ၏ မိတ္တူကို တွဲပေးပါ။) /  
 Please provide dates and details of investigation performed for the diagnosis (attach a copy of all relevant test reports which confirmed the diagnosis).

.....

.....

3) ရောဂါအမည်တပ်ခဲ့သော ဆရာဝန်/နည်းအထူးကုဆရာဝန်တို့၏ အမည်နှင့် လိပ်စာတို့ကိုဖော်ပြပါ။ /  
 Name and address of the doctor / cardiologist who first diagnosed the patient with this condition.

.....

.....

4) လူနာသည် ယခင်က ယခုကဲ့သို့ နှလုံးဖောက်ခြင်း သို့မဟုတ် ဆက်စပ်ရောဂါများ ဖြစ်ဖူးခြင်းရှိပါသလား? ရှိလျှင် ဖော်ပြပါ။ /  
 Has the patient previously suffered from a Heart Attack or any related illnesses (e.g. hypertension, angina or other vascular disease)? If "Yes", please provide details:

ရှိ/Yes       မရှိ/No

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

5) ကနဦးဖြစ်ပုံကိုပြောပြပါ။ /  
 Please describe the initial episode:

a. လူနာသည် ယခင်က ယခုကဲ့သို့သောခွဲစိတ်မှု ခံယူခဲ့ဖူးခြင်းရှိပါသလား? /  
 Nature of episode

.....

b. ကနဦး အဖြစ်ဖြစ်ခဲ့သည့်နေ့ /  
 Date of initial episode

...../...../.....  
 (dd/mm/yyyy)

c. လက်တလောလက္ခဏာများ၏ကြာမြင့်ချိန် /  
 Duration of acute symptoms

.....

6) အောက်ပါတို့ကို အတည်ပြုပါ။ အကယ်၍ “ရှိ” ဟုဖြေခံလျှင် ရလဒ်အဖြေများကို နေ့နှင့်တကွ ဖော်ပြပါ။ / Please confirm the following. If “Yes” to any question, please elaborate with supporting evidence including date of test results.

- a. ရင်ဘက်ပုံမှန် အောင်နေခြင်းမျိုးရှိခဲ့ပါသလား? / Was there a current history of typical chest pain?  ရှိ/Yes  မရှိ/No
- b. ECG တွင် လက်ရှိနှလုံးကြွက်သားပုပ်သည့် အညွှန်းများရှိပါသလား? ရှိလျှင် အောက်ပါတို့ရှိပါသလား? / Were there any changes in the ECG indicative of new myocardial infarct? If Yes, please state whether there was any:  ရှိ/Yes  မရှိ/No
  - i. ST မြင်းခြင်း/ကျခြင်း/ST elevation or depression?  ရှိ/Yes  မရှိ/No
  - ii. T လှိုင်း ပြောင်းပြန်ဖြစ်ခြင်း / T wave inversion?  ရှိ/Yes  မရှိ/No
  - iii. ပုံမှန်မဟုတ်သော Q လှိုင်းများ / Pathological Q waves?  ရှိ/Yes  မရှိ/No
  - iv. Left bundle branch block?  ရှိ/Yes  မရှိ/No

ကျေးဇူးပြု၍ ECG မိတ္တူတွဲပေးပါ။ / Please attach a copy of the ECG tracing report

7) နှလုံးဆိုင်ရာအညွှန်းကိန်းများ တက်နေပါသလား CKMB၊ Troponin T သို့ I စသည်? အကယ်၍ တက်နေလျှင် အမျိုးအစား၊ ရလဒ် နှင့် နေ့စွဲတို့ကို ဖော်ပြပါ။ ဓာတ်ခွဲခန်းရလဒ်မိတ္တူကို ပူးတွဲတင်ပေးပါ။ / Was there a diagnostic elevation of cardiac biomarkers, such as CKMB, Troponin T or I, etc.? If “Yes”, please provide type and date of test, and test results. Attach a copy of the laboratory results:

တက်/Yes  မတက်/No

နှလုံးဆိုင်ရာအညွှန်းကိန်းအမျိုးအစား / Type of Cardiac Biomarker	စစ်ဆေးသည့်နေ့ (ကုသမှုများမလုပ်ခင်) / Date and time of test (before any cardiac procedure)	စစ်ဆေးမှုရလဒ် (အတိုင်းအတာကို ဖော်ပြပါ) / Test Results (Specify the units)
နှလုံးဆိုင်ရာအညွှန်းကိန်းအမျိုးအစား / Type of Cardiac Biomarker	စစ်ဆေးသည့်နေ့ (ကုသမှုများအပြီး) / Date and time of test (after any cardiac procedure)	စစ်ဆေးမှုရလဒ် (အတိုင်းအတာကို ဖော်ပြပါ) / Test Results (Specify the units)

8) ဘယ်ဘက်သွေးလွှတ်ခန်းညစ်အားနှင့်ပတ်သက်၍ပြောပြပါ။ / Please advise regarding the left ventricular ejection fraction:

- a. ဘယ်ဘက်သွေးလွှတ်ခန်းညစ်အား ၅၀% အောက်သို့ (၃) လ နှင့်အထက်ရောက်သောအခိုက်အတန့်ရှိခဲ့ပါသလား? / Was there left ventricular ejection fraction of less than 50% measured three months or more after the event?  ရှိ/Yes  မရှိ/No
- b. ကနဦးရောဂါအမည်တပ်စဉ်က ဘယ်ဘက်သွေးလွှတ်ခန်းညစ်အား ဘယ်လောက်ရှိခဲ့ပါသလဲ? / What was the left ventricular ejection fraction at initial diagnosis?  
.....

9) နှလုံးကြွက်သားပုပ်သွားသည့်အပိုင်းရှိပါသလား? ရှိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ / Was there death of a portion of the heart muscle? If yes, please provide details.  ရှိ/Yes  မရှိ/No  
.....

10) လက်တလော နှလုံးကြွက်သားဆုံးရှုံးသည့် ပုံရိပ်အထောက်အထား သို့မဟုတ် နံရံအပိုင်းသစ်ပုံမှန်မဟုတ်ခြင်း မျိုးရှိပါသလား? ရှိလျှင် ပုံရိပ်အထောက်အထားနှင့် ကြည့်ရှုခဲ့သောနှလုံးအထူးကုဆရာဝန်၏ အမည် တို့ဖြင့် ဖော်ပြပါ။ /  
 Was there imaging evidence of new loss of viable myocardium or new regional wall motion abnormality? If yes, please elaborate with supporting evidence of imaging reports and name of the attending cardiologist.  
 ရှိ/Yes  မရှိ/No

11) အခြားလုပ်ဆောင်ခဲ့သော သို့မဟုတ် ကုသခဲ့သော ကုထုံးများရှိလျှင် (ကုထုံးအမည်နှင့်နေ့စွဲအပါအဝင်) ကုသပေးခဲ့သော နှလုံးအထူးကုဆရာဝန်၏ အမည်နှင့်လိပ်စာတို့ကို အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။  
 Please provide details of the surgery and/or other mode of treatment that had been performed (including name and date of treatment) and name and address of attending cardiologist.  
 .....  
 .....  
 .....

12) ပုံမှန်အခြေအနေသို့ ပြန်ရောက်နိုင်သည့် ခန့်မှန်းနေ့စွဲ /  
 An approximate date when the condition can be returned to normal activity. ....../...../.....  
 (dd/mm/yyyy)

**4. အခြားအချက်အလက်များ / Other Information**

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

2) လူနာသည် ယခင်က နှလုံးနှင့်ပတ်သတ်သော စမ်းသပ်စစ်ဆေးခြင်းများ ပြုလုပ်ထားခြင်းရှိပါသလား? (ဥပမာ ECG, ECHO, CT scan) /  
 Has the patient previously had any cardiac investigation done (e.g. ECG, echocardiogram, CT scan)  
 ရှိ/Yes  မရှိ/No

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

စစ်ဆေးမှု အမျိုးအစား၊ ရလဒ် နှင့် နေ့ရက် / Type, result and date of investigation	စစ်ဆေးရသည့်အကြောင်းအရင်း / Reason for investigation	ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံ/ဆေးခန်း အမည် နှင့် လိပ်စာ / Name of cardiologist and Address of Hospital/Clinic

3) လူနာ၏ ကျန်းမာရေးရာဇဝင်တွင် ဤရောဂါအခြေအနေကို ပိုမိုဖြစ်စေနိုင်သော အကြောင်းများရှိပါသလား? /  
 Is there anything in the patient's personal medical history which would have increased the risk of this condition?  
 ရှိ/Yes  မရှိ/No

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

ရောဂါအမည်အတိအကျ / Exact Diagnosis	ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ / Date of Diagnosis	ဆရာဝန်နှင့်ဆေးရုံ၏အမည်နှင့်လိပ်စာ / Name of Doctor & address of hospital/clinic

4) လူနာ၏ မိသားစုကျန်းမာရေးရာဇဝင်တွင် ဤရောဂါအခြေအနေကို ပိုမိုဖြစ်စေနိုင်သော အကြောင်းများရှိပါသလား? /  
Is there anything in the patient's family medical 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

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

6) အထူးကု သို့မဟုတ် ဆေးရုံ၏အစီရင်ခံစာ အပါအဝင် (ဥပမာ၊ နှလုံးအင်ဇိုင်းစစ်ဆေးထားသည့်အဖြေ၊ လှုပ်ရှားမှု ECG၊ နှလုံးသွေးကြောဓာတ်မှန်၊ ECHO၊ နှလုံးသွေးရောက်မှု စမ်းသပ်ခြင်းအဖြေစသည်) တို့၏မိတ္တူကို ပူးတွဲတင်ပေးပါ။  
Please enclose a copy of all reports including specialist or hospital reports (e.g. cardiac enzyme assays, exercise stress tests, coronary angiography, echocardiography, myocardial perfusion scans, etc.) that are available.

.....  
.....

**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**