

တာဝန်ရှိဆရာဝန်၏ထွက်ဆိုချက် (အသည်းဆိုင်ရာပြင်းထန်ရောဂါ)

Attending Physician's Statement (Liver Surgery and End Stage Liver Failure)

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			
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) ကျေးဇူးပြု၍ နောက်ဆုံးအဆင့်အသည်းပျက်စီးခြင်း/အသည်းခြောက်ခြင်း/အသည်းပြဿနာ အသေးစိတ်ကိုဖော်ပြပါ။ /  
 Please provide details of End Stage Liver Failure/Liver cirrhosis/liver problem:

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 Code ကိုဖော်ပြပါ။ /  
 What is your exact diagnosis? ICD-10 Code (if applicable)

.....  
 .....

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 ဆရာဝန်၏ အမည်နှင့်လိပ်စာ /  
Name and address of the doctor who first diagnosed the patient with this condition  
.....  
.....

3) လူနာ၏ရောဂါသည် နောက်ဆုံးအဆင့်အသည်းပျက်စီးခြင်း ဟုတ်ပါသလား? ဟုတ်လျှင် ပထမဆုံးရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ကို ဖော်ပြပါ။ /  
Is the patient diagnosed of the end stage of liver failure? If yes, please provide the date of first diagnosis.  ဟုတ်/Yes  မဟုတ်/No

4) အသားဝါခြင်းအကြောင်းကိုဖော်ပြပါ။ / Please state about Jaundice.  
a. လူနာသည် အသားဝါနေသည်မှာ ဘယ်လောက်ကြာနေပါပြီလဲ?  
.....  
How long has the patient been jaundiced?  
b. အမြဲတမ်းဝါနေမှာ ပါလား?  
Would the jaundice be permanent?  ဟုတ်/Yes  မဟုတ်/No

5) ရေဖြင်းဆွဲနေသည့်အထောက်အထားရှိပါသလား? ရှိလျှင် ဖော်ပြပါ။ /  
Is there evidence of ascites? If yes, please state:  ရှိ/Yes  မရှိ/No  
a. စတင်စမ်းသပ်မိသည့်နေ့ /  
Date of first detection ...../...../.....  
(dd/mm/yyyy)  
b. စမ်းသပ်မိသည့်နည်း /  
Mode of detection (e.g. Clinical, paracentesis, ultrasound)  
.....

6) အသည်းကြောင့်ဦးနှောက်ပျက်သည့်အထောက်အထားရှိပါသလား? ရှိလျှင် ဖြစ်စေသည့်အကြောင်းအရင်း၊ နောက်ဆက်တွဲရောဂါများနှင့် ကုထုံးတို့ကို  
အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /  
Is there evidence of hepatic encephalopathy? If yes, please provide details including underlying cause, complication and  
treatment.  ရှိ/Yes  မရှိ/No  
.....  
.....

7) အနည်းဆုံး အသည်းတစ်စိတ်ခွဲထုတ်ခြင်း ရှိခဲ့ပါသလား? ရှိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /  
Was there partial hepatectomy of at least one entire lobe of liver? If yes, please provide full detail.  ရှိ/Yes  မရှိ/No  
a. ခွဲစိတ်ခဲ့သောနေ့  
Date of surgery. ....../...../.....  
(dd/mm/yyyy)  
b. ခွဲစိတ်ရသည့်အကြောင်းအရင်း / Reasons for requiring hepatectomy  
.....

c. အသည်းတစ်စိတ်ခွဲထုတ်ခြင်းမှာ လုံးဝလိုအပ်သည့်အတွက်ကြောင့် ဟုတ်ပါသလား? ဟုတ်လျှင် အထောက်အထားနှင့်တကွဖော်ပြပါ။ / Was partial hepatectomy absolutely necessary? If yes, please support with evidence.  ဟုတ်/Yes  မဟုတ်/No

8) အသည်းခြောက်သည့်အထောက်အထားရှိပါသလား? ရှိလျှင် ဖော်ပြပါ။ / Is there evidence of liver cirrhosis? If yes, please advise the following:  ရှိ/Yes  မရှိ/No

- a. HAI-Knodell score ဖြင့် အသည်းအသားစစ်အဖြေမိတ္တူ HAI-Knodell score with a copy of the liver biopsy report
b. အသည်းခြောက်သည်ဟု ရောဂါအမည်တပ်ခဲ့သော ဆရာဝန်၏အမည်နှင့် ဆေးရုံလိပ်စာ Name of doctor and address of hospital who gave the liver cirrhosis diagnosis

9) လူနာ၏ အသည်းရောဂါသည် အောက်ပါတို့မှတစ်ခုခု ဖြစ်ပါသလား? Was the liver disease suffered by the patient secondary to:
a. အရက်အလွန်အကျွံသောက်ခြင်း / Alcohol abuse?  ဟုတ်/Yes  မဟုတ်/No
b. တားမြစ်ဆေးဝါးများသုံးစွဲခြင်း / Drug abuse?  ဟုတ်/Yes  မဟုတ်/No

10) အစာရေမြှုပ်ပြန်သွေးကြောပေါက်သည့်အထောက်အထားရှိပါသလား? ရှိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ / Was there evidence of bleeding from esophageal varices? If yes, please provide full detail  ရှိ/Yes  မရှိ/No
a. သွေးအန်သည် အဖြစ်၊ နေ့နှင့်ကုထုံး Episode of bleeding, including date and treatment
b. အစာရေမြှုပ်ပြန်သွေးကြော၏ မှန်ပြောင်းကြည့်ခြင်း သို့မဟုတ် ဓာတ်မှန်အထောက်အထားများရှိပါသလား? ရှိလျှင် မိတ္တူတွဲတင်ပေးပါ။ Was there endoscopy or radiological evidence of esophageal varices? If yes, please attach a copy of the report.  ရှိ/Yes  မရှိ/No

11) အသည်းလုပ်ဆောင်ချက်အဖြေ၊ Gamma GT နှင့်အတူ Bilirubin ပမာဏတို့အပါအဝင် အခြားစစ်ဆေးခဲ့သောရလဒ်များကို တင်ပေးပါ။ / Please provide details of investigation performed, with dates, including a serial of liver function test results with Gamma GT and Bilirubin level.

12) လက်ရှိကုထုံးကြောင့် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ / Please provide details of current treatment

13) 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)

**4. အခြားအချက်အလက်များ / Other Information**

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

.....

2) 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

3) လူနာသည် နာတာရှည်အသည်းရောဂါ သို့မဟုတ် ဆက်စပ်ရောဂါများကြောင့် ဆေးရုံတက်ရဖူးခြင်းရှိပါသလား? ရှိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /  
Has the patient ever been hospitalized for the chronic liver disease or its related symptoms of complication? If yes, please provide full details.

ဆေးရုံတက်သည့်နေ့ / Date of hospitalization	ဆေးရုံတက်ရသည့်အကြောင်းအရင်း / Reasons for hospitalization	ခံယူခဲ့သည့်ကုထုံး / Treatment received	ဆရာဝန်နှင့်ဆေးရုံ၏ အမည်နှင့်လိပ်စာ / Name of doctor and address of hospital

4) လူနာ၏ကျန်းမာရေးရာဇဝင်တွင် ဤရောဂါအခြေအနေကို ပိုမိုဆိုးရွားစေနိုင်သော 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	ရောဂါအမည်တတ်သည့်နေ့ / Date of Diagnosis	ဆရာဝန်၊ ဆေးရုံ/ဆေးခန်း အမည် နှင့် လိပ်စာ / Name of Doctor and Address of Hospital/Clinic

5) လူနာ၏ စိတ်နှင့်ကိုယ် အကန့်အသတ်ရှိမှုနှင့် မစွမ်းဆောင်နိုင်မှုတို့၏ ပြင်းထန်ပုံနှင့်သဘာဝကို ဖော်ပြပါ။ /  
Please describe the nature and severity of the patient's physical and mental disability and limitation.  
.....

6) ဤအတွင်း အသက်သေဆုံးနိုင်မှုကို အတည်ပြုနိုင်ပါသလား? /  
Can you confirm that the advent of death is highly probable within?  
a. ၆ လ / 6 months?  ဟုတ်/Yes  မဟုတ်/No  
b. ၁၂ လ / 12 months?  ဟုတ်/Yes  မဟုတ်/No

7) အထူးကု သို့မဟုတ် ဆေးရုံ၏အစီရင်ခံစာ အပါအဝင် ရောဂါရှာဖွေစစ်ဆေးခြင်းရလဒ်၊ အသံဓာတ်မှန်၊ အသားစအဖြေ၊ ခွဲစိပ်မှုအစီရင်ခံစာ၊  
ဓာတ်ခွဲခန်းအထောက်အထား တို့၏မိတ္တူကို ပူးတွဲတင်ပေးပါ။  
Please enclose a copy of all reports including specialist or hospital reports, diagnostic test result, ultrasound, biopsy reports, surgical reports, laboratory evidence, etc.  
.....  
.....

**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**