

တာဝန်ရှိဆရာဝန်၏ထွက်ဆိုချက် (ပင်မသွေးလွှတ်ကြောဆိုင်ရာခွဲစိတ်မှုများ)

Attending Physician's Statement (Minimally Invasive Surgery to Aorta, Open Surgery to Aorta)

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? <input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes <input type="checkbox"/> မဟုတ်/No			
a. ဟုတ်လျှင် ဘယ်အချိန်မှ စပါသလဲ? / If yes, since when?/...../..... (dd/mm/yy)			
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: <input type="checkbox"/> ဟုတ်/Yes <input type="checkbox"/> မဟုတ်/No			
a. လွှဲလာခဲ့သောနေ့ / Date referred/...../..... (dd/mm/yy)			
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) လိုအပ်သည့် ပင်မသွေးလွှတ်ကြောရောဂါခွဲစိတ်မှုဖြစ်စေသော အခြေအနေ၏ အသေးစိတ်ကိုဖော်ပြပါ။ /
 Please provide details of the condition leading to the necessary surgery to Aorta:

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 ဖြင့်ဖော်ပြပါ။ /
 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) ရောဂါအမည်ကို အတည်ပြုနိုင်သော စစ်ဆေးခဲ့သောရလဒ်များကို စစ်ဆေးခဲ့သည့်နေ့အပါအဝင် မိတ္တူ တွဲတင်ပေးပါ။ /
Please provide full details and results of all investigation (with date) performed for the diagnosis and attach a copy of all relevant test reports which confirmed the diagnosis.

.....

.....

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

.....

.....

4) ပြုလုပ်ခဲ့သည့်ခွဲစိတ်မှုကိုဖော်ပြပါ။ /
State the surgery performed.

.....

5) ခွဲစိတ်မှုသည် ပြုပြင် သို့မဟုတ် ပြင်ဆင်ရန်ဖြစ်သည်
The surgery was performed to repair or correct

a. သွေးကြောဖောင်းခြင်း / Aneurysm ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

b. ကျဉ်းခြင်း သို့မဟုတ် ပိတ်ခြင်း / Narrowing or obstruction ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

c. ပင်မသွေးကြောနံရံကွဲခြင်း / Dissection of the Aorta ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

6) ခွဲစိတ်မှုသည် မှုဖောက်၍ လုပ်ဆောင်ခဲ့သည် / The surgery was performed through the surgical opening of the

a. ရင်ဘက် / Chest ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

b. ဝမ်းဗိုက် / Abdomen ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

7) ခွဲစိတ်မှုသည် မှုဖောက်၍ လုပ်ဆောင်ခဲ့သည် / The surgery was performed on the

a. ရင်ဘက်ပိုင်းရှိ ပင်မသွေးလွှတ်ကြော / Thoracic Aorta ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

b. ဝမ်းဗိုက်ပိုင်းရှိ ပင်မသွေးလွှတ်ကြော / Abdominal Aorta ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

c. ပင်မသွေးလွှတ်ကြောခုံး / Aortic Arch ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

8) ခွဲစိတ်မှုသည် ကိုသုံး၍ လုပ်ဆောင်ခဲ့ပါသလား? / Did the surgery performed using?

a. ထိုးဖောက်မှုအနည်းဆုံးနည်း / Minimal Invasive Technique ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

b. သွေးကြောတွင်းခွဲစိတ်သည့်နည်း / Intra-arterial Technique ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

c. အခြား / Other

.....

.....

9) ခွဲစိတ်ခဲ့သည့်နေ့ / Date of the surgery/...../.....
(dd/mm/yyyy)

10) ခွဲစိတ်ခဲ့သော ဆရာဝန်(များ)၏ အမည်နှင့်လိပ်စာ၊ ဆေးရုံအမည်နှင့်လိပ်စာ တို့ကို ပြောပြပါ။ /
Name of surgeon(s) who performed the surgery, and the name and address of the hospital which surgery was performed

.....
.....

11) အကယ်၍ ခွဲစိတ်မှုမှာ ပင်မသွေးလွှတ်ကြောဟောင်းခြင်း သို့ ပင်မသွေးလွှတ်ကြောနံရံကွာခြင်း တို့ကြောင့်ဖြစ်လျှင် ဖော်ပြပါ။
If the surgery was performed due to aortic aneurysm or dissection, please state:

a. ဖောင်းခြင်း သို့ နံရံကွာခြင်း ဒီဂရီ (စစ်ဆေးချက်ရလဒ်မိတ္တူကိုင်တွဲပေးပါ။)
Degree of the aneurysm or dissection (Please attach a copy of the investigation report and test results.)

.....
.....

b. ဖောင်းခြင်း သို့ နံရံကွာခြင်း ဖြစ်သည့်နေရာ / Site of the aneurysm and dissection

c. ဝမ်းဗိုက်ပိုင်း သို့မဟုတ် ရင်ဘက်ပိုင်း ပင်မသွေးလွှတ်ကြော ဖောင်းခြင်း သို့မဟုတ် နံရံကွာခြင်း ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ /
Date of first diagnosis of thoracic or abdominal aortic aneurysm or dissection

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

4. အခြားအချက်အလက်များ / Other Information

1) သင်လူနာကို နောက်ဆုံးတွေ့သည့်အချိန်မှ လူနာ၏အခြေအနေ (မစွမ်းဆောင်နိုင်မှုအပါအဝင် ပြင်းထန်မှုသာသာ) ကိုဖော်ပြပါ။ /
Please describe the patient's condition when you last saw him/her, including the nature and severity of the patient's disability, if any.

.....
.....

2) လူနာ၏ ရောဂါမှ ကုသမှုကိုတုံ့ပြန်သည့်အခြေအနေကို ပြောပြပါ။ /
What is the prognosis of the patient's condition?

.....

3) လူနာသည် ယခင်က ပင်မသွေးလွှတ်ကြောခွဲစိတ်မှုကိုဖြစ်စေသော ဆက်စပ်ရောဂါများဖြစ်ဖူးပါသလား? (ဥပမာ၊ သွေးတိုး၊ ရင်ဘက်အောင့်ခြင်း၊ အခြားသွေးကြောရောဂါ သို့မဟုတ် နှလုံးကြွက်သားရောင်ရမ်းခြင်း)။ ရှိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /
Has the patient previously suffered from any related illness leading to surgery to aorta? (e.g. Hypertension, Angina, other vascular disease or endocarditis) If "Yes", please give details:

ရှိ/Yes မရှိ/No

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

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

5) 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

6) 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)

7) လူနာသည် နှလုံးသွေးကြောရောဂါ သို့မဟုတ် ဆက်စပ်ရောဂါများအတွက် မြန်မာနိုင်ငံတွင်း သို့မဟုတ် ပြည်ပရှိ အခြားဆရာဝန်များ နှင့် ပြသခဲ့ခြင်း ရှိမရှိ သိသိပါသလား? /

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
- ဆေးရုံထွက်ခွာသောမှတ်တမ်း
Hospital discharge summaries
- ရောဂါလက္ခဏာ/အမည်ကိုသိစေနိုင်သော ဆေးစစ်ချက်မှတ်တမ်းများ /
Test result showing objective findings
- ကုသပေးသောဆရာဝန်၏ မှတ်တမ်း /
Consulting physician reports