

တာဝန်ရှိဆရာဝန်၏ထွက်ဆိုချက် (ကျောက်ကပ်ဆိုင်ရာပြင်းထန်ရောဂါ)

Attending Physician's Statement (Nephrectomy, Removal of One Kidney, Kidney 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? <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) ကျေးဇူးပြု၍ ကျောက်ကပ်ရောဂါအခြေအနေ အသေးစိတ်ကိုဖော်ပြပါ။ / Please provide details of kidney disease 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 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) ရောဂါအမည်ကို အတည်ပြုနိုင်သော စစ်ဆေးခဲ့သောရလဒ်များ(eGFR ပမာဏအပါအဝင်)ကို စစ်ဆေးခဲ့သည့်နေ့နှင့်တကွ 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 and including eGFR level which confirmed the diagnosis.

.....
.....

3) ကျောက်ကပ်ရောဂါသည် ပြန်လည်မကောင်းနိုင်သော ကျောက်ကပ်လုပ်ငန်းဆောင်တာပျက်စီးခြင်း ဟုတ်မဟုတ် ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ။ ဟုတ်လျှင် eGFR ပမာဏများကို နေ့နှင့်တကွ ဖော်ပြပါ။ /
Please state if the kidney disease has resulted in permanent irreversible kidney function impairment? If "Yes", please list the eGFR level readings with dates.

ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

4) eGFR သည် < 15 ml/min/hr/1.73m² ခန္ဓာကိုယ်မျက်နှာပြင်ဧရိယာ အောက်ရှိပါသလား? ရှိလျှင် ဖော်ပြပါ။ /
Was the eGFR < 15 ml/min/hr/1.73m² body surface area? If yes, please state:

ရှိ/Yes မရှိ/No

နေ့စွဲ / Date control	eGFR ပမာဏ / eGFR level

a. ဤရလဒ်မျိုးရနေသည်မှာ ဘယ်နှစ်ရက်ကြာနေပါပြီလဲ? / How long has the result persisted? (Day)

.....

b. ဘယ်ကျောက်ကပ်ပျက်စီးပါသလဲ? / Which kidney(s) has failed?

.....

5) နာတာရှည်ကျောက်ကပ်ပျက်စီးမှုမှာ ကျောက်ကပ် ၂ လုံးစလုံး ဟုတ်ပါသလား? ဟုတ်လျှင် ဘယ်ကတည်းကပါသလဲ? /
Is there chronic kidney failure of both kidneys? If yes, since when?

ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No
...../...../.....
(dd/mm/yyyy)

6) ရောဂါပြန်ကောင်းနိုင်ပါသလား? / Is the renal disease reversible?

ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

7) ကျောက်ကပ်ပျက်စီးခြင်းနောက်ဆုံးအဆင့် ဟုတ်ပါသလား? ဟုတ်လျှင် ဘယ်ကတည်းကပါသလဲ? /
Is the kidney failure at its end stage? If yes, since when?

ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No
...../...../.....
(dd/mm/yyyy)

8) လူနာသည် ရာသတ်ပန်ကျောက်ကပ်ဆေးခြင်း သို့မဟုတ် ကျောက်ကပ်အစားထိုးခြင်း လိုအပ်ပါသလား? /
Does the patient require permanent renal dialysis or kidney transplantation?

ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

9) လူနာသည် ယခုလက်ရှိတွင် ပုံမှန် ကျောက်ကပ်ဆေးခြင်း (ဗိုက်မှ သို့မဟုတ် သွေးကြောမှ) လုပ်ဆောင်နေရပါသလား? ဟုတ်လျှင် ဖော်ပြပါ။ /
Is the patient currently undergoing regular peritoneal dialysis or hemodialysis? If yes, please state:

ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

a. ကျောက်ကပ်စတင်ဆေးရသည့်နေ့ / Date of first dialysis/...../.....
(dd/mm/yyyy)

b. တစ်ပတ် ကျောက်ကပ်ဆေးရသည့်အကြိမ် / Number of dialyses per week
.....

10) ကျောက်ကပ်အစားထိုးခြင်း လုပ်ဆောင်ပြီးပါပြီလား? ဟုတ်လျှင် ဖော်ပြပါ။ /
Has kidney transplantation been performed? If yes, please state: ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

a. အစားထိုးသည့်နေ့ / Date of surgery/...../.....
(dd/mm/yyyy)

b. ဘယ်ဘက်ကို ခွဲထုတ်လိုက်ပါသလဲ? / Which kidney(s) was removed?
.....

c. လုံးဝလိုအပ်သည့်အတွက်ကြောင့် ခွဲထုတ်ရတာပါလား? ဟုတ်လျှင် ရှင်းပြပါ။ /
Was the surgical removal absolutely necessary? If yes, please explain. ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No
.....
.....

d. ခွဲစိတ်ခဲ့သော ဆရာဝန်၏ အမည်နှင့်လိပ်စာ /Name and address of doctor who performed the surgery.
.....

11) လူနာသည်ကျောက်ကပ်အစားထိုးခွဲစိတ်မှုတွင် ကျောက်ကပ်လက်ခံရရှိသူဟုတ်ပါသလား? /
Was the patient a recipient of the kidney transplantation ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

12) ကျောက်ကပ်တစ်ဘက်လုံးခွဲထုတ်ခြင်းရှိပါသလား? ရှိလျှင် ဖော်ပြပါ။ /
Was a complete surgical removal of one kidney performed? If "Yes", please advise: ရှိ/Yes မရှိ/No

a. ခွဲစိတ်သည့်နေ့ / Date of surgery/...../.....
(dd/mm/yyyy)

b. ကျောက်ကပ်အထူးကုမှ လိုအပ်သည်ဟုယူဆ၍ ခွဲထုတ်ခဲ့ခြင်းဟုတ်ပါသလား? /
Was the surgical performed considered medically necessary by the consultant nephrologist?
 ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

c. ခွဲစိတ်ခဲ့သော ဆရာဝန်၏ အမည်နှင့်လိပ်စာ ကိုဖော်ပြပါ။ /
Please provide the name and address of doctor who performed the surgery
.....

d. ခွဲစိတ်မှုအစီရင်ခံစာမိတ္တူကို တွဲပေးပါ။ / Please provide copies of operation report.
.....

13) လူနာသည် ယခင်က ကျောက်ကပ်ပျက်စီးခြင်း သို့မဟုတ် ဆက်စပ်ရောဂါများ ခံစားနေရပါသလား? ဟုတ်လျှင် သေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /
Has the patient previously suffered from kidney disease or related illnesses? If "Yes", please provide details.
 ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No
.....
.....

4. အခြားအချက်အလက်များ / Other Information

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

.....

2) လူနာ၏ ကျန်းမာရေးရာဇဝင်တွင် ဤရောဂါအခြေအနေကို ပိုမိုဆိုးရွားစေနိုင်သော အကြောင်းများ ရှိပါသလား? /
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

3) 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

ဟုတ်လျှင် ဤသို့ ယူဆခြင်းကို ထောက်ပံ့နိုင်သော ကျန်းမာရေးစစ်ဆေးချက်များကို ဖော်ပြပါ။ /
If "Yes", please describe and provide relevant medical reports that support this view.

.....

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

.....

5) လူနာ၏အခြေအနေ သို့မဟုတ် ခွဲစိတ်မှုသည် အောက်ပါတို့ကြောင့် သို့မဟုတ် ဆက်စပ်မှုရှိပါသလား? /
Is patient's condition or surgery performed in any way related or due to?

- a. AIDS သို့မဟုတ် ခုံခံအားကျဆင်းရောဂါနှင့်ဆက်စပ်ရောဂါ / AIDS or HIV related illness? ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No
- b. မှတ်ပုံတင်ထားသော ကျန်းမာရေးဝန်ထမ်းမှ ညွှန်ကြားမှုမရှိဘဲ တားမြစ်ဆေးသုံးစွဲခြင်း /
Use of drug not prescribed by a registered medical practitioner or drug abuse? ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No
- c. အရက်အလွန်အကျွံသောက်ခြင်း / Alcohol abuse/misuse? ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

d. မွေးရာပါ ရောဂါ သို့မဟုတ် ချို့တဲ့ခြင်း / Congenital anomaly or defect ဟုတ်/Yes မဟုတ်/No

i. ရောဂါ အမည်တပ်သည့်နေ့ / Date of diagnosis/...../.....
(dd/mm/yyyy)

ii. ရောဂါအမည် အတိအကျ / Exact diagnosis

.....

iii. အထက်ပါ အကြောင်းအရာတို့မှ တစ်ခုခု ဖြင့် ရောဂါအမည်တပ်ပေးခဲ့သော ဆရာဝန်၏ အမည် နှင့် လိပ်စာ /
Name and address of doctor who first diagnosed the patient with HIV, AIDS, drug abuse or alcohol abuse or congenital anomaly.

.....

6) လူနာသည် ကျောက်ကပ်ရောဂါ 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 Kidney 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

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