

တာဝန်ရှိဆရာဝန်၏ထွက်ဆိုချက် (အဆုတ်ဆိုင်ရာပြင်းထန်ရောဂါ)

**Attending Physician's Statement (Surgical Removal of One Lung, End Stage Lung Disease)**

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) ကျေးဇူးပြု၍ အဆုတ်ရောဂါအခြေအနေ အသေးစိတ်ကိုဖော်ပြပါ။ / Please provide details of End Stage Lung 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. သင်တပ်လို့သော 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 အသက်ရှူလမ်းကြောင်းအထူးကုဆရာဝန်၏ အမည်နှင့်လိပ်စာ /  
Name and address of the respiratory specialist who first diagnosed the patient with this condition  
.....

3) ကျေးဇူးပြု၍ ဖော်ပြပါ။ / Please describe

a. လူနာ၏ အဆုတ်ရောဂါ အခြေအနေ / the patient's lung disease  
.....

b. နောက်ဆုံးအဆင့်သို့ရောက်နေပါပြီလား? ဟုတ်လျှင် နောက်ဆုံးအဆင့်ရောက်သောနေ့ကို ဖော်ပြပါ။ /  
Has it reached end stage? If yes, please state date of End Stage Lung Disease reached.  
 ဟုတ်/Yes  မဟုတ်/No  
...../...../.....  
(dd/mm/yyyy)

4) ရောဂါအမည်ကို အတည်ပြုနိုင်သော စစ်ဆေးခဲ့သောရလဒ်များ၊ အဆုတ်လုပ်ဆောင်နိုင်စွမ်း (အထူးသဖြင့် FEV1)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 pulmonary function tests (especially current FEV1).  
.....  
.....

5) လူနာသည် အောက်ဆီဂျင်ကျဆင်းခြင်းအတွက် အပြင်းအထန်နှင့်အမြဲတမ်း အောက်ဆီဂျင်ကုထုံးဖြင့်ကုသရန် လိုအပ်ပါသလား? လိုလျှင် /  
Does the patient require extensive and permanent oxygen therapy for hypoxemia? If yes, please advise:  
 လို/Yes  မလို/No

a. စတင်သည့်နေ့ / Start date ...../...../.....  
(dd/mm/yyyy)

b. အကြိမ်ရေ / Frequency  
.....

c. အောက်ဆီဂျင်ကုထုံးဖြင့်ကုပေးသည့်နေရာ / Place where oxygen therapy is administered  
.....

6) နားနေသည့်အခါ မောနေခြင်းရှိပါသလား? ရှိလျှင် ကျေးဇူးပြု၍ ဆိုးရွားပုံ၊ စဖြစ်သည့်နေ့၊ ကုသပုံ နှင့် နေ့စဉ်လုပ်ငန်းဆောင်တာများကိုမည်မျှနှောင့်ယှက်ပုံတို့ကို  
ဖော်ပြပါ။ /  
Is there dyspnea at rest? If "Yes", please describe severity and start date of symptoms, treatment, and comment on how  
this restricts daily activities.  ရှိ/Yes  မရှိ/No  
.....  
.....  
.....

7) လူနာ၏ သွေးတွင်းဓာတ်ငွေ့သုံးသပ်ချက်ဖြင့် တစ်စိတ်တစ်ပိုင်းအောက်ဆီဂျင်ဖိအားသည် 55mmHg အောက်ရှိနေပါသလား?(i.e. PaO2 < 55mmHg)?  
ရှိလျှင် အသေးစိတ်ကို သွေးတွင်းဓာတ်ငွေ့သုံးသပ်ချက်အဖြေဖြင့်ပြပါ။ /  
Is the patient's arterial blood gas analysis with partial oxygen pressures less than 55mmHg (i.e. PaO2 < 55mmHg)?  
If "Yes", please provide full details of all arterial blood gas analysis results.  ရှိ/Yes  မရှိ/No  
.....

- 8) လူနာသည် အဆုတ်တစ်ဖက်ကို အပြီးထုတ်လိုက်ပါပြီလား? ဟုတ်လျှင် /  
 Did the patient undergo pneumonectomy (complete surgical removal of a lung)? If "Yes", please advise the following:  
 ဟုတ်/Yes     မဟုတ်/No
- 9) လက်ရှိဆောင်ရွက်နေသည့် ကုထုံးကို ဖော်ပြပါ။ / Please provide details of current treatment
- 10) 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 တုန့်ပြန်သည့် အခြေအနေကို ပြောပြပါ။ /  
 What is the prognosis of the patient's condition?
- 2) လူနာသည် အဆုတ်ရောဂါကို ပိုမိုဆိုးရွားစေနိုင်သော အရာဝတ္ထုများဖြင့် ထိတွေ့မှုရှိခြင်း ရှိပါသလား? ရှိလျှင် အသေးစိတ်ဖော်ပြပါ။ /  
 Has the patient ever been exposed to any substance that is likely to increase the risk of lung disease? If "Yes", please  
 provide full details.     ရှိ/Yes     မရှိ/No
- 3) လူနာသည် နောက်ဆုံးအဆင့်အဆုတ်ပျက်စီးခြင်းကြောင့်ဖြစ်ပေါ်လာသော ရောဂါလက္ခဏာများကြောင့် ဆေးရုံတက်ရဖူးခြင်းရှိပါသလား? ရှိလျှင်  
 အသေးစိတ်ပြောပြပါ။ /  
 Has the patient ever been hospitalized for the symptoms or complications of End Stage Lung Diseases and/or Lung  
 condition? If "Yes", please provide full details.     ရှိ/Yes     မရှိ/No

ရောဂါအမည်အတိအကျ / Date of Hospitalization	ရောဂါအမည်တပ်သည့်နေ့ / Reason for Hospitalization	ကုထုံး / Treatment received	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၏ စိတ်နှင့်ကိုယ် အကန့်အသတ်ရှိမှုနှင့် မစွမ်းဆောင်နိုင်မှုတို့၏ ပြင်းထန်ပုံနှင့်သဘာဝကို ဖော်ပြပါ။ /  
 Please describe the nature and severity of the patient's physical and mental disability and limitation.  
 .....

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

.....  
 .....

8) 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**
- ဆေးရုံထွက်ခွာသောမှတ်တမ်း  
**Hospital discharge summaries**
- ရောဂါလက္ခဏာ/အမည်ကိုသိစေနိုင်သော ဆေးစစ်ချက်မှတ်တမ်းများ /  
**Test result showing objective findings**
- ကုသပေးသောဆရာဝန်၏ မှတ်တမ်း /  
**Consulting physician reports**