

របាយការណ៍វេជ្ជសាស្ត្រ

ក. ព័ត៌មានវេជ្ជបណ្ឌិត

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត៖ _____ ជំនាញផ្នែក៖ _____
ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក៖ _____ អាសយដ្ឋាន៖ _____
លេខទូរស័ព្ទ៖ _____ អ៊ីម៉ែល៖ _____

ខ. ព័ត៌មានទូទៅ

1. ឈ្មោះអ្នកជំងឺ៖ _____ ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំកំណើត៖ _____

លេខអត្តសញ្ញាណប័ណ្ណ ឬ លេខលិខិតឆ្លងដែន៖ _____

ស្ថានភាពចុងក្រោយសូមជ្រើសរើស៖

- មរណភាព
- ពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍
- ជំងឺមហារីក ឬ ជំងឺធ្ងន់ធ្ងរ៖
 - ជំងឺមហារីកដំណាក់កាលដំបូង
 - ជំងឺមហារីកដំណាក់កាលចុងក្រោយ
 - ជំងឺដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល ដោយសារការចុះអន់ថយ នៃសរសៃប្រសាទជាអចិន្ត្រៃយ៍
 - ជំងឺគាំងបេះដូងកំរិតធ្ងន់ធ្ងរជាក់លាក់
 - ផ្សេងៗ _____

2. មូលហេតុនៃស្ថានភាពអ្នកជំងឺ៖

- ជំងឺ៖ រោគវិនិច្ឆ័យនៃជំងឺ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទរកឃើញដំបូង៖ _____ មន្ទីរពេទ្យ៖ _____
- គ្រោះថ្នាក់៖ ទីកន្លែងកើតហេតុ៖ _____ កាលបរិច្ឆេទនៃគ្រោះថ្នាក់៖ _____

3. ព័ត៌មានសុខភាព

ក. ប្រវត្តិជំងឺធ្លាក់ខ្លួនរបស់អ្នកជំងឺ៖

ប្រវត្តិជំងឺរបស់គ្រួសារអ្នកជំងឺ៖

ខ. ស្ថានភាពអ្នកជំងឺអំឡុងពេលចូលសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក៖

1. ការពិគ្រោះយោបល់លើកដំបូង រួមទាំងកាលបរិច្ឆេទចូលសម្រាកក្នុងមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ)

- មូលហេតុ៖
- រោគវិនិច្ឆ័យ៖

2. ស្ថានភាពសុខភាពអ្នកជំងឺ ក្នុងពេលពិនិត្យលើកចុងក្រោយ (ថ្ងៃ ខែ ឆ្នាំ)

គ. តើអ្នកជំងឺធ្លាប់ទទួលការព្យាបាលផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រពីមន្ទីរពេទ្យ គ្លីនិក ឬ កន្លែងព្យាបាលណាមួយដែរឬទេ?

- គ្មាន
- មាន (ប្រសិនបើមានសូមបញ្ជាក់បន្ថែមនៅខាងក្រោមនេះ)

ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត៖ _____ ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬ គ្លីនិក៖ _____ រោគវិនិច្ឆ័យ៖ _____

សូមបំពេញចំណុចខាងក្រោម ប្រសិនបើអ្នកជំងឺស្ថិតក្នុងស្ថានភាពពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍

- ក. កម្រិតនៃការដឹងខ្លួន៖ ស្មារតីប្រក្រតី(full consciousness) ស្មារតីរង្វេងវង្វាន់ Confusion)
 ស្ទើរសន្លប់ (Semi-Coma) សន្លប់ (Coma)
- ខ. ថាមពលនៃសាច់ដុំ៖
- 5: មានចលនាប្រឆាំងតបត កំលាំងទប់ពេញទំហឹង (កម្លាំងធម្មតា)
 - 4: មានចលនាប្រឆាំងតបត ទៅនឹងកំលាំងទំនាញផែនដី និងកំលាំងទប់ខ្លះ
 - 3: មានចលនាប្រឆាំងតបត ទៅនឹងកំលាំងទំនាញផែនដី
 - 2: មានចលនាបានទៅតាមកំលាំងទំនាញផែនដី
 - 1: មានការកន្ត្រាក់ខ្សោយ ឬស្ទើរតែគ្មានការកន្ត្រាក់សាច់ដុំដែលអាចកំណត់បាន
 - 0: ពុំមានកំលាំងកន្ត្រាក់សាច់ដុំលេចឡើងឡើយ
- ក) ដៃ ឬជើងស្តាំ ផ្នែកខាងលើ៖ 0 1 2 3 4 5
- ខ) ដៃ ឬជើងឆ្វេង ផ្នែកខាងលើ៖ 0 1 2 3 4 5
- គ) ដៃ ឬជើងស្តាំ ផ្នែកខាងក្រោម៖ 0 1 2 3 4 5
- ឃ) ដៃ ឬជើងឆ្វេង ផ្នែកខាងក្រោម៖ 0 1 2 3 4 5
- គ) ភាពទ្រុឌទ្រោមរបស់សាច់ដុំ
- ក) ដៃ ឬជើងស្តាំ ផ្នែកខាងលើ៖ មាន មិនមាន
- ខ) ដៃ ឬជើងឆ្វេង ផ្នែកខាងលើ៖ មាន មិនមាន
- គ) ដៃ ឬជើងស្តាំ ផ្នែកខាងក្រោម៖ មាន មិនមាន
- ឃ) ដៃ ឬជើងឆ្វេង ផ្នែកខាងក្រោម៖ មាន មិនមាន
- ឃ) សកម្មភាពរស់នៅប្រចាំថ្ងៃ
- ក) ការដើរទៅ ដើរមក៖ ធ្វើដោយខ្លួនឯង ធ្វើបានដោយមានជំនួយ ធ្វើមិនបានទាល់តែសោះ
- ខ) ការងូតទឹក ធ្វើដោយខ្លួនឯង ធ្វើបានដោយមានជំនួយ ធ្វើមិនបានទាល់តែសោះ
- គ) ការស្លៀកពាក់ខោអាវ ធ្វើដោយខ្លួនឯង ធ្វើបានដោយមានជំនួយ ធ្វើមិនបានទាល់តែសោះ
- ឃ) សមត្ថភាពគ្រប់គ្រងការបត់ដឹងតូច ធ្វើដោយខ្លួនឯង ធ្វើបានដោយមានជំនួយ ធ្វើមិនបានទាល់តែសោះ
- ង) ភាគរយដែលអ្នកជំងឺបាត់បង់ការបំពេញមុខងារផ្នែករាងកាយ ក) ដៃ _____ %
ខ) ជើង _____ %
- ច) ការពិនិត្យភ្នែក
- សមត្ថភាពក្នុងការមើលឃើញច្បាស់ ក) ភ្នែកស្តាំ
ខ) ភ្នែកឆ្វេង
- ផ្នែកនៃការមើលឃើញ ក) ភ្នែកស្តាំ
ខ) ភ្នែកឆ្វេង

- ការពិនិត្យផ្ទៃក្នុង

ក) ភ្នែកស្តាំ

ខ) ភ្នែកឆ្វេង

យោងតាមការវាយតម្លៃខាងលើ:

- ដៃ ឬជើង/ភ្នែកដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ អាចជាសះស្បើយឡើងវិញ ប្រសិនបើមានការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ។
- ដៃ ឬជើង/ភ្នែកដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ អាចជាសះស្បើយឡើងវិញ តិចជាង ៥០% ប្រសិនបើមានការព្យាបាលត្រឹមត្រូវ។
- ដៃ ឬជើង/ភ្នែក ដែលបានរៀបរាប់ខាងលើ គឺមិនអាចប្រើប្រាស់/មើលឃើញ និងជាសះស្បើយឡើងវិញឡើយ ឬពិការទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍។

មូលហេតុផ្សេងៗដែលជាប់ទាក់ទងនឹងមរណភាព ឬពិការភាពទាំងស្រុង និងជាអចិន្ត្រៃយ៍

ការធ្វើអត្តឃាត ឬឃាតកម្ម មិនត្រឹមត្រូវ ត្រឹមត្រូវ សូមបញ្ជាក់ទីនេះ: _____

អ្នកជំងឺស្ថិតក្រោមឥទ្ធិពលគ្រឿងស្រវឹង ឬប្រើប្រាស់គ្រឿងញៀនដែរឬទេ? មិនត្រឹមត្រូវ ត្រឹមត្រូវ សូមបញ្ជាក់ទីនេះ: _____

សេចក្តីសន្និដ្ឋាន: _____

កាលបរិច្ឆេទ៖ ថ្ងៃ _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____

ហត្ថលេខា ឬស្នាមមេដៃរបស់វេជ្ជបណ្ឌិត ឈ្មោះ៖ _____

យល់ព្រមដោយ (នាយកមន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក)៖ _____

កាលបរិច្ឆេទ៖ ថ្ងៃ _____ ខែ _____ ឆ្នាំ _____