

ទំព័រទី ១ នៃ ទម្រង់ប្រតិបត្តិការពិនិត្យជំងឺ (Adult Patient Visit Form)

លេខកូដអ្នកជំងឺ
Clinic ID number

លេខកូដ ART
(ART number)

ថ្ងៃខែឆ្នាំពិនិត្យ Date of visit / / 201__

មកមុនពេលកំណត់ Early មកពិនិត្យតាមការកំណត់ Scheduled មកពិនិត្យយឺត Late

ឈ្មោះ Name អាយុ Age.....ឆ្នាំ

ប្រុស Male ស្រី Female

ចំពោះស្ត្រី : គ្មានផ្ទៃពោះ Not pregnant មានផ្ទៃពោះ Pregnancy Status: រលូត មិនរលូត

ទម្ងន់ Weight កំពស់ Height កំដៅ Temperature

មានផ្ទៃពោះគិតថ្លៃដែលត្រូវសវនកម្ម :/...../.....

ដំបូល Pulse ចង្វាក់ដង្ហើម Resp rate សំពាធឈាម Blood pressure

កាលីសមស្របចាប់ផ្តើមប្រាណាបង្ការជំងឺសឺស ARV: បាទ Yes ទេ No

(Eligible for ARV Prophylaxis):

ការបង្ការជំងឺកាមរោគ STI Prevention ការផ្តល់ប្រឹក្សាអំពី ART Adherence រយៈពេលវែងការពារពន្យារកំណើត Birth Spacing / Safe abortion / Safe pregnancy រយៈពេលវែងការពារ TB Infection Control ស្ថានភាពដៃគូ Partner Status ផ្តល់ប្រឹក្សាអំពីការប្រើប្រាស់ស្រោមអនាម័យ Advice and counseling on condoms use

ប្រវត្តិជំងឺបច្ចុប្បន្ន Current Medical History

រៀបរាប់ Detail:	ការពិនិត្យសុខភាពករណីសញ្ញាជំងឺមេ រយៈពេល ៤ សប្តាហ៍ ចុងក្រោយ
	* ធ្លាប់មានក្អក <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន
	* ធ្លាប់មានក្អកខ្លួន <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន
	* បែកញើសជាកុសធម្មតានៅពេល <input type="checkbox"/> មាន <input type="checkbox"/> គ្មាន
	យប់រយៈពេល ២ សប្តាហ៍ ឬ លើស

ផែនការគ្រួសារ (ពន្យារកំណើត) បាទ Yes ទេ No បញ្ជាក់: បាទ Yes ទេ No

ការបង្ការ HIV: ប្រើស្រោមអនាម័យ ១០០% Condoms 100% មិនបានការពារពេលរួមភេទ Unprotected sex មិនរួមភេទ No sex

សំរាកពេទ្យបន្ទាប់ពីពេលពិនិត្យចុងក្រោយ? ទេ No បាទ Yes ប៉ុន្មានថ្ងៃ:..... មូលហេតុនៃការមូលសំរាកពេទ្យ:.....

Hospitalised since last visit? No Yes Number of days: Causes of hospitalisation

ចំនួនស្រោមអនាម័យដែលបានផ្តល់អោយ:..... Number of Condoms given

ការវាយតម្លៃលើការលេបថ្នាំ (Adherence Assessment): ភ្លេចលេបថ្នាំ ARV ពេលមកពិនិត្យចុងក្រោយ (Missed ARV doses since last visit): ទេ No បាទ Yes ប៉ុន្មានដង (How many times).....

ការពិនិត្យ Examination

រៀបរាប់ Detail

ជំងឺទាក់ទងនឹងមេ HIV related illnesses (ម៉ែត្រដាស្តាស្តាស្តាស្តា WHO Stage)

ជំងឺទាក់ទងនឹងមេ HIV	ជំងឺទាក់ទងនឹងមេ HIV ១ Stage 1			ជំងឺទាក់ទងនឹងមេ HIV ៤ Stage 4		
	New	Old	Ongoing	New	Old	Ongoing
គ្មានរោគសញ្ញា Asymptomatic				HIV wasting syndrome		
Persistent Generalised Lymphadenopathy				Lymphoma		
ជំងឺទាក់ទងនឹងមេ HIV ២ Stage 2				Pneumocystis jiroveci pneumonia		
ស្រាកទម្ងន់មិនដឹងមូលហេតុតិចជាង ១០% នៃទម្ងន់ដងខ្លួន LOW <10%				Recurrent severe bacterial pneumonia		
Recurrent respiratory tract infections (sinusitis, tonsillitis, otitis media, pharyngitis)				Extrapulmonary tuberculosis		
Herpes zoster				Oesophageal candidiasis of trachea, bronchi or lungs		
Angular cheilitis				Atypical disseminated leishmaniasis		
Seborrhoeic dermatitis				Central nervous system toxoplasmosis		
Recurrent oral unclearations				Disseminated non-tuberculous mycobacteriosis infection		
Papular pruritic eruptions				Kaposi sarcoma		
Fungal nail infections				HIV encephalopathy		
ជំងឺទាក់ទងនឹងមេ HIV ៣ Stage 3				Symptomatic HIV-associated nephropathy		
ស្រាកទម្ងន់លើសពី ១០% នៃទម្ងន់ដងខ្លួន Unexplained LOW >10% body weight				Chronic herpes simplex infection (orolabial, genital or anorectal of more than 1 month's duration or visceral)		
រាកគ្នានមូលហេតុរលើសពី ១ខែ Unexplained chronic diarrhoea > 1mth				Disseminated mycosis		
ក្តៅខ្លួនមិនដឹងមូលហេតុរលើសពី ១ ខែ Unexplained fever > 1mth				Chronic isoporiasis		
ផ្សិតមាត់ Oral candidiasis				Invasive cervical carcinoma		
រលងសួត Pulmonary TB				Recurrent septicaemia (including nontyphoidal Salmonella)		
Oral hairy leukoplakia				Cytomegalovirus disease (retinitis or infection of other organs, excluding liver, spleen and lymph nodes)		
Severe bacterial infections				Extrapulmonary cryptococcosis including meningitis		
Acute necrotizing ulcerative stomatitis, gingivitis or periodontitis				Chronic cryptosporidiosis		
Unexplained anaemia (below 8g/dl, neutropenia (below 0.5 x10 ⁹ /l) and / or chronic thrombocytopenia (below 50x10 ⁹ /l)				Progressive multifocal leukoencephalopathy		

ចំណាត់ថ្នាក់ជំងឺតាមWHO ថ្មី ? <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 ការពិនិត្យ CD4 នៅពេលថ្មីៗនេះ ថ្ងៃខែឆ្នាំពិនិត្យ / / (Most recent CD4) (Date) ករណីសមស្របប្រើ ART (Eligible for ART) : <input type="checkbox"/> បាទ Yes <input type="checkbox"/> ទេ No ស្ថានភាពអ្នកជំងឺ <input type="checkbox"/> ធ្វើការបាន <input type="checkbox"/> ដើរមិនបានឆ្ងាយ <input type="checkbox"/> សំរាកមួយកន្លែង (Function): Work (Ambulatory) Bed bound	មានធ្វើតេស្ត TST : <input type="checkbox"/> គ្មាន <input type="checkbox"/> មាន មាស : mm ប្រសិនបើកើតរបេង របេងស្ងួត (PTB) <input type="checkbox"/> សង្ស័យរបេង (If TB) : <input type="checkbox"/> BK+ <input type="checkbox"/> BK- Suspected by X-ray ប្រសិនបើរបេងក្រៅស្ងួត, បញ្ជាក់កន្លែង (If EPTB, site): ការព្យាបាលជំងឺរបេង <input type="checkbox"/> ចាប់ផ្តើម <input type="checkbox"/> ឈប់ <input type="checkbox"/> កំពុងព្យាបាល ថ្ងៃខែឆ្នាំ TB Treatment : Start Stop On going /...../.....
--	--

ការសន្និដ្ឋាន និង ផែនការ Assessment and Plan

ឱសថកំពុងព្យាបាល Current medication

ឱសថ Medication	កូដ Code	កំរិត Dose	បរិមាណ Quantity	ពេលវេលា ប្រើប្រាស់ Freq	ទម្រង់ Form	ចាប់ផ្តើម Start	ឈប់ Stop	បន្ត Continue	ថ្ងៃខែឆ្នាំ Date	មូលហេតុនៃការបញ្ឈប់ (កូដ) Reason for discontinuation (Code)	កំណត់ចំណាំ Remarks
ARV											
<input type="checkbox"/> d4T + 3TC + NVP	1a	<input type="checkbox"/> 30		bid		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
<input type="checkbox"/> d4T + 3TC+ EFV	1b	<input type="checkbox"/> 30		bid_qd		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
<input type="checkbox"/> AZT + 3TC+						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
OI drugs											
<input type="checkbox"/> Cotrimoxazole						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°*
<input type="checkbox"/> Fluconazole						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		<input type="checkbox"/> 1° <input type="checkbox"/> 2° <input type="checkbox"/> 3°*
<input type="checkbox"/> Isoniazid						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
<input type="checkbox"/> B6						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
TB drugs											
<input type="checkbox"/> Cat I 2HRZE						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
<input type="checkbox"/> Cat I 6HE						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
<input type="checkbox"/> Cat I 4HR						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
<input type="checkbox"/> Cat II 2HRZES						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
<input type="checkbox"/> Cat II 1HRZE						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		
<input type="checkbox"/> Cat II 5HRE						<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	/ /		

លទ្ធផល/វិធានការ Outcome / Actions

<input type="checkbox"/> បាត់បង់ Lost	<input type="checkbox"/> ស្លាប់ Dead	ថ្ងៃខែឆ្នាំ Date / /
ផ្ទេរទៅ <input type="checkbox"/> PMCT <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Other:..... Referred to: <input type="checkbox"/> CBPCS <input type="checkbox"/> Inpatient	<input type="checkbox"/> ផ្លាស់ចេញទៅកន្លែងដែលមានសេវាART ផ្សេងទៀត (ឈ្មោះ) Transfer out to another ART site : (Name)	
ថ្ងៃណាត់ជួបលើកក្រោយ Next appointment: / /	ហត្ថលេខា និង ឈ្មោះ អ្នកស្រង់ព័ត៌មាន	

* 1° (Primary Prophylaxis), 2° (Secondary Prophylaxis), 3° (Treatment Only) September 2011