

ប្រវត្តិជំងឺបេកន្លងមក និងការព្យាបាល (TB Past Medical History and Treatment) មាន Yes គ្មាន No មិនដឹង Unknown

ប្រភេទនៃជំងឺបេក Type of TB	ពេលវេលាចាប់ផ្តើមជំងឺ Date onset of sickness	ព្យាបាលបេក TB treatment:	ថ្ងៃខែឆ្នាំព្យាបាល Date of treatment:
<input type="checkbox"/> បេកស្លេត (PTB) <input type="checkbox"/> BK + <input type="checkbox"/> BK - <input type="checkbox"/> បេកក្រៅស្លេត (EPTB)	/ /	<input type="checkbox"/> ប្រភេទ ១ Cat 1 <input type="checkbox"/> ប្រភេទ ២ Cat 2 <input type="checkbox"/> ប្រភេទ ៣ Cat 3 <input type="checkbox"/> មិនដឹង Unknown/...../.....

លទ្ធផលព្យាបាល: មិនដឹង Unknown ជាសះស្បើយ Cured បរាជ័យ Failure ការព្យាបាលបានគ្រប់គ្រាន់ Treatment completed ការខកខានក្នុងការព្យាបាល Defaulted កំពុងទទួលការព្យាបាល Ongoing ថ្ងៃខែឆ្នាំបញ្ចប់ការព្យាបាល Complete Treatment/...../..... Date of

ប្រវត្តិជំងឺផ្សេងទៀត ដែលមានកន្លងមក (Other Past Medical History)

ជំងឺទាក់ទងនឹងអ៊ីដ	ពេលវេលាចាប់ផ្តើម	លេខកូដ (សំរាប់ប្រជាជនបញ្ចូលព័ត៌មាន) Code(for IT people Only)	ជំងឺផ្សេងទៀតក្រៅពីជំងឺទាក់ទងនឹងអ៊ីដ
HIV related illness	Date onset		Other not HIV related illness
	/ /		
	/ /		
	/ /		
	/ /		មានផ្ទៃពោះប៉ុន្មានដង: (Gravida):
	/ /		សំរាលកូនប៉ុន្មានលើក: (Para):

ផឹកស្រា: បច្ចុប្បន្ន Now ឈប់ Stop គ្មាន None **ជក់បារី:** បច្ចុប្បន្ន Now ឈប់ Stop គ្មាន None **ចាក់ត្រឡប់ត្រឡាញ់:** បច្ចុប្បន្ន Now ឈប់ Stop គ្មាន None

លេបគ្រឿងញៀន: បច្ចុប្បន្ន Now ឈប់ Stop គ្មាន None **ផ្សេងទៀត:** Yama Other:

ប្រវត្តិការប្រើប្រាស់ថ្នាំ ARV (ARV Treatment History)

បញ្ជាក់លម្អិតការព្យាបាលដោយថ្នាំ	មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក	ថ្ងៃខែឆ្នាំចាប់ផ្តើម	ថ្ងៃខែឆ្នាំបញ្ចប់	មូលហេតុនៃការបញ្ចប់	កូដ Code (IT only)
ឱសថ ARV		/ /	/ /		
កន្លងទៅ រួម		/ /	/ /		
បញ្ចូល PMTCT		/ /	/ /		
Previous ARV including PMTCT		/ /	/ /		
<input type="checkbox"/> បាទ Yes		/ /	/ /		
<input type="checkbox"/> ទេ No		/ /	/ /		

ប្រវត្តិការព្យាបាលដោយថ្នាំបង្ការ (Prophylaxis History)

ព្យាបាលបង្ការដោយ Contrimox. កន្លងទៅ	<input type="checkbox"/> បាទ Yes <input type="checkbox"/> ទេ No <input type="checkbox"/> មិនដឹង Unknown	/ /	/ /		
Previous cotrimoxazole prophylaxis					
ព្យាបាលបង្ការដោយ Fluco. កន្លងទៅ	<input type="checkbox"/> បាទ Yes <input type="checkbox"/> ទេ No <input type="checkbox"/> មិនដឹង Unknown	/ /	/ /		
Previous fluconazole prophylaxis					
ព្យាបាលដោយ INH កន្លងទៅ	<input type="checkbox"/> បាទ Yes <input type="checkbox"/> ទេ No <input type="checkbox"/> មិនដឹង Unknown	/ /	/ /		
Previous isoniazid prophylaxis					
ព្យាបាលដោយឱសថប្រកាណកន្លងទៅ	<input type="checkbox"/> បាទ Yes <input type="checkbox"/> ទេ No <input type="checkbox"/> មិនដឹង Unknown	/ /	/ /		
Previous traditional medicine					

ប្រវត្តិការព្យាបាលជំងឺផ្សេងទៀត (Other Medical Treatment History)

បញ្ជាក់លម្អិតការព្យាបាលដោយថ្នាំ	មន្ទីរពេទ្យ/គ្លីនិក	ថ្ងៃខែឆ្នាំចាប់ផ្តើម	ថ្ងៃខែឆ្នាំបញ្ចប់	មូលហេតុនៃការបញ្ចប់	កូដ Code (IT only)
Details of drug treatment	Clinic/source	Start date	Stop date	Reason to stop	
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		
		/ /	/ /		

ប្រតិកម្មឱសថ (Drug Allergy) មាន Yes គ្មាន No មិនដឹង Unknown

ឈ្មោះឱសថ Drug	ប្រតិកម្ម Allergy	ថ្ងៃខែឆ្នាំ Date	ឈ្មោះឱសថ Drug	ប្រតិកម្ម Allergy	ថ្ងៃខែឆ្នាំ Date
		/ /			/ /
		/ /			/ /
		/ /			/ /

ហត្ថលេខាអ្នកស្រង់ព័ត៌មាន Signature of register ឈ្មោះ Name September-2011