

PRE-ANAESTHETIC QUESTIONNARY

សំណួរមុនការប្រើថ្នាំសណ្តាំ

Please fill out before you see the anaesthesiologist. It helps the doctor giving your anesthetic to provide you with safe optimum care.

សូមបំពេញមុនពេលអ្នកទៅជួបវេជ្ជបណ្ឌិតខាងដាក់ថ្នាំសណ្តាំ ចម្លើយរបស់អ្នកអាចជួយគាត់ផ្តល់ថ្នាំសណ្តាំបានល្អនិងប្រកបដោយសុវត្ថិភាព។

Please don't forget to bring your prescriptions, cardiology or pneumology reports and blood results.

Thank you in advance.

សូមកុំភ្លេចភ្ជាប់ជាមួយឯកសារ របាយការណ៍ជំងឺបេះដូង ឬជំងឺសួត និងលទ្ធផលឈាម។ សូមអរគុណជាមុន

First name and last name ឈ្មោះនិងនាមត្រកូល	
Date of birth ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	
Weight (kg) ទំងន់ (គីឡូក្រាម)	
Height (m) កម្ពស់ (ម៉ែត្រ)	
Age (years) អាយុ (ឆ្នាំ)	
Telephone number លេខទូរស័ព្ទ	

ALLERGIES

អាឡែស៊ី

☐ Have you ever had any problems with allergies ?

☐ តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាអាឡែស៊ីដែរឬទេ?

ANESTHESIA HISTORY

ប្រវត្តិប្រើប្រាស់ថ្នាំសណ្តាំ

☐ Have you ever had any problem with an anesthesia ?

☐ តើអ្នកធ្លាប់មានបញ្ហាជាមួយនឹងការប្រើថ្នាំសណ្តាំដែរឬទេ?

☐ Has anyone related to you ever had problem with an anesthesia ?

☐ តើមានបងប្អូនដែលធ្លាប់មានបញ្ហាជាមួយនឹងការប្រើថ្នាំសណ្តាំដែរឬទេ?

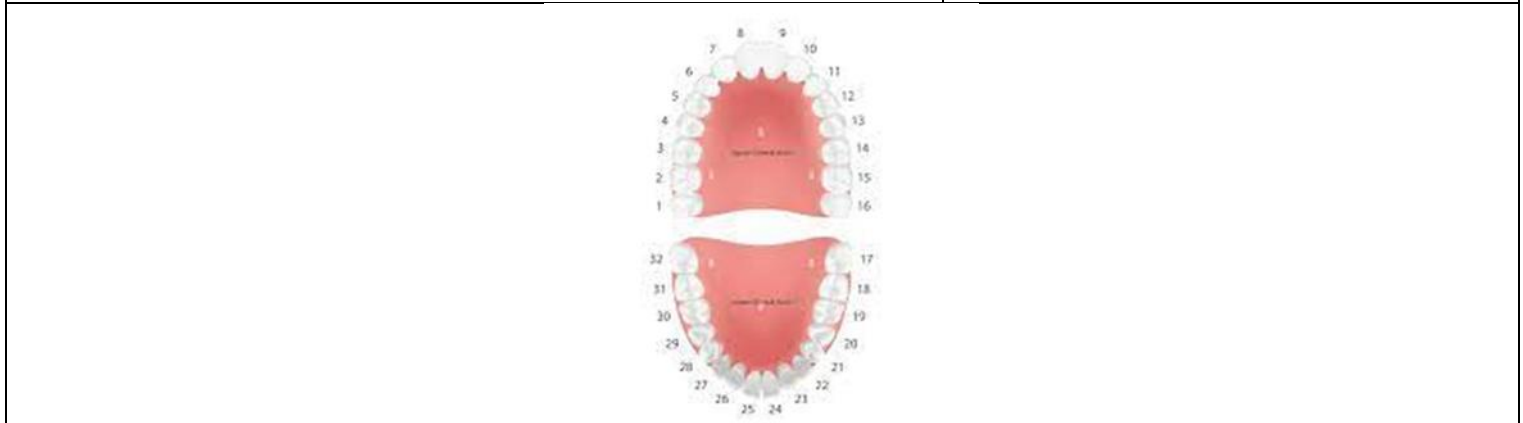
☐ Do you or any of your relatives have Malignant hyperthermia or Atypical pseudocholinesterase or deficiency? ☐ តើអ្នកនិងបងប្អូនរបស់អ្នកមានបញ្ហាទាក់ទងនឹងផលវិបាកនៃការប្រើថ្នាំសណ្តាំច្រើនដង (ឡើងកំដៅ ប្រកាច់) ឬមានបញ្ហាអត់ស៊ីម ឬកង្វះអត់ស៊ីម Atypical pseudocholinesterase?	
--	--

SOCIAL HISTORY (smoking, alcohol and other drugs can affect the anesthetic) ប្រវត្តិក្នុងសង្គម (ការជក់បារី ស្រា និងថ្នាំដទៃទៀតអាចប៉ះពាល់ដល់ថ្នាំសណ្តាំ)
--

☐ Do you smoke cigarettes or have you ever smoked cigarettes ? ☐ តើអ្នកជក់បារី ឬធ្លាប់ជក់បារីទេ?	
☐ How many years have you or did you smoke for ? ☐ តើអ្នកបានជក់បារីប៉ុន្មានឆ្នាំហើយ?	
☐ If you used to smoke, when did you quit ? ☐ បើអ្នកធ្លាប់ជក់បារី តើអ្នកឈប់នៅពេលណា?	
☐ Do you smoke marijuana ? ☐ តើអ្នកជក់កញ្ឆាទេ?	
☐ Do you drink alcohol or beer ? ☐ តើអ្នកពិសារស្រា ឬស្រាបៀរទេ?	
☐ How many drinks per day / per week ? ☐ តើពិសារប៉ុន្មានក្នុងមួយថ្ងៃ/ក្នុងមួយសប្តាហ៍?	
☐ Do you use recreational drugs (e.g. ecstasy, cocaine, etc.) ? ☐ តើអ្នកប្រើថ្នាំដើម្បីសប្បាយទេ ដូចជា (អេចតាស៊ី កូកាអ៊ីន ជាដើម)?	

HEAD AND NECK ក្បាល និងក

☐ Do you have dentures, caps, bridgework or loose teeth ? Where ? ☐ តើអ្នកមានពាក់ធ្មេញ រូស្រាបធ្មេញ ស៊ីកធ្មេញ ឬក៏មានធ្មេញរង្គីដែរឬទេ? ទីតាំង?	
---	--



Please note on the picture your prosthesis, implants and damage teeth
សូមគូសលេខតំណាងធុញសិប្បនិម្មិត ធុញដាំនិងធុញដែលខូច

☐ Do you have problems opening your mouth fully ?

☐ តើអ្នកមានបញ្ហាក្នុងការបើកមាត់របស់អ្នកអោយអស់ដែរទេ?

☐ Do you have any problems with your neck ? (e.g. arthritis, surgery, ...)

☐ តើលោកអ្នកមានបញ្ហាត្រង់ ក ដែរទេ? (ឧទា. ឈឺសន្លាក់ មានការវះកាត់...)

☐ Do you have contact lenses or hearing aids ?

☐ តើអ្នកមានប្រើប្រាស់លេនភ្នែក ឬឧបករណ៍ជំនួយការស្តាប់ទេ?

CARDIOVASCULAR SYSTEM (heart, blood pressure)

ប្រព័ន្ធសរសៃឈាមបេះដូង (បេះដូង សម្ពាធឈាម)

☐ Can you walk two blocks or climb two flights of stairs without stopping ?

☐ តើអ្នកអាចដើរបានឆ្ងុវ (ប្រាំ) ឬក៏ឡើងជណ្តើរកាច់ឯតង់ដោយអត់ឈប់ទេ?

☐ Do you take pills to thin your blood ?

☐ តើអ្នកមានពិសារថ្នាំដែលធ្វើអោយឈាមរាវទេ?

☐ Have you ever had a blood transfusion ?

☐ តើអ្នកមានដែលបញ្ចូលឈាមឬទេ?

☐ Do you take antibiotics prior to dental work or surgery ?

☐ តើអ្នកពិសារថ្នាំបំបាត់ជំងឺឈាមឆ្អឹង(ថ្នាំសះ)មុនពេលធ្វើធុញ ឬក៏វះកាត់ទេ?

BLEEDING

☐ Do you or any of your relatives have sickle cell disease or trait ?

☐ តើអ្នកនិងបងប្អូនសាច់ញាតិអ្នកមានជំងឺគ្រាប់ឈាមរាងកណ្តៀវ ឬក៏អាចមានហ្វូនតំណរ ពូជពីជំងឺនេះទេ?

☐ Have you had abnormal bleeding after surgery or tooth extraction ? Do you bruise easily ? Bleeding gum ?

☐ តើអ្នកធ្លាប់មានការហូរឈាមខុសធម្មតាក្រោយការវះកាត់ ឬដកធុញដែរឬទេ? តើអ្នក ងាយនឹងជាស្បែកដែរឬទេ? ហូរឈាមតាមអញ្ចាញធុញ?

HAVE YOU HAD OR DO YOU HAVE

☐ Heart disease or heart failure

☐ ជំងឺបេះដូង ឬខ្សោយបេះដូង

☐ Heart attack or angina

☐ គាំងបេះដូង ឬ ឈឺច្រូងបណ្តាលមកពីបេះដូង

☐ High blood pressure

☐ លើសសម្ពាធឈាម	
☐ Heart valves problems or valve replacement ☐ បញ្ហាសន្ទះបិទបើកបេះដូង ឬជួរសន្ទះបិទបេះដូង	
☐ Strock or Transient stroke (TIA) ☐ ដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាល(ស្រក) ឬ ដាច់សរសៃឈាមខួរក្បាលបណ្តោះអាសន្ន	
☐ Blood clots (phlebitis) or pulmonary embolism ☐ កំណកឈាម (រលាកសរសៃធុរ) ឬស្ទះសរសៃឈាមសួត	
☐ Anemia ☐ ស្បែកស្លាំង	
☐ Pacemaker ☐ ប្រើថ្មបេះដូង	
RESPIRATORY SYSTEM (lungs and breathing) ប្រព័ន្ធធូវដង្ហើម (សួត និងដង្ហើម)	
☐ Do you ever have difficulty breathing even when resting or sitting ? ☐ តើអ្នកធ្លាប់ពិបាកដកដង្ហើម សូម្បីតែពេលសម្រាក ឬពេលអង្គុយទេ?	
☐ Does shortness of breath or other breathing problem ever wake up you at night ? ☐ តើអ្នកធ្លាប់ដកដង្ហើមខ្លីៗ(ពិបាកដកដង្ហើម) ឬធ្លាប់មានបញ្ហាផ្លូវដង្ហើមផ្សេងទៀតដែលធ្វើអោយអ្នកភ្ញាក់នៅពេលយប់ដែរឬទេ?	
☐ Have you ever used puffers for your breathing ? ☐ តើអ្នកធ្លាប់ប្រើឧបករណ៍ជំនួយការដកដង្ហើមដែរឬទេ?	
HAVE YOU HAD OR DO YOU HAVE តើអ្នកធ្លាប់មានឬក៏មានបញ្ហាដូចខាងក្រោម	
☐ Asthma/ Chronic bronchitis/ emphysema ☐ ជំងឺប្រាំ / រលាកទងសួតរ៉ាំរ៉ៃ / ស្ទះសួត	
☐ Pneumonia ☐ ជំងឺរលាកសួត	
☐ Tuberculosis ☐ ជំងឺរបេង	
☐ Sleep apnea, severe snoring or breath holding at night ☐ គេងមិនដកដង្ហើម ស្រមុកខ្លាំង ឬទប់ដង្ហើមនៅពេលយប់	
OTHER SYSTEMS : HAVE YOU HAD OR DO YOU HAVE ប្រព័ន្ធសរីរាង្គផ្សេងទៀត៖ តើអ្នកធ្លាប់មានឬក៏មានបញ្ហាដូចខាងក្រោម	

☐ Diabetes 1 or 2 ☐ ជំងឺទឹកនោមផ្អែមប្រភេទទី ១ ឬ ២	
☐ Thyroids problems ☐ បញ្ហាក្រពេញទីរ៉ូអ៊ីត (ក្រពេញមេអំបៅ)	
☐ Hiatus hernia/reflux ☐ ក្រហាយទ្រូង ច្រើនក្រហាយពេលទទួលទាន /ប្រាលៗពីក្រពះ	
☐ Stomach or internal problems or frequent acid indigestion ☐ បញ្ហាក្រពះ ឬផ្នែកខាងក្នុង ឬបញ្ហាអាស៊ីតច្រើនដោយសារក្រពះញឹកញាប់	
☐ Rectal bleeding or stomach ulcers ☐ ហូរឈាមតាមរន្ធក្នុង ឬដំបៅក្រពះ	
☐ Hepatitis or jaunice or HIV ☐ ជំងឺរលាកថ្លើម និងជម្ងឺខាងលឿង ឬមានមេរោគអេដស៍	
☐ Kidney problems ☐ បញ្ហាតម្រងនោម	
☐ Epilepsie or seizures ☐ ជំងឺគួតជ្រុក ឬប្រកាច់	
☐ Arthritis ☐ ជំងឺរលាកសន្លាក់	
☐ Severe muscle weakness or numbness ☐ ខ្សោយសាច់ដុំធ្ងន់ធ្ងរ ឬស្លឹក	
☐ Neuromuscular disease ☐ ជំងឺប្រព័ន្ធសរសៃប្រសាទ	
☐ Glaucoma or eye problems ☐ ជំងឺដក់ទឹកក្នុងភ្នែក ឬបញ្ហាភ្នែក	
☐ Have you had any cortisone injections or taken any cortisone-like medication (e.g. Prednisone) in the last year ? ☐ តើអ្នកធ្លាប់ប្រើថ្នាំកូរតីសូន(cortisone)ចាក់ ឬទទួលទានថ្នាំប្រភេទដូចគ្នានឹងកូរតីសូនដែរ(ឧទា . ប្រេដនីសូន Prednisone) ឆ្នាំមុន? ☐ សូមរាយបញ្ជីសុខភាពផ្សេងទៀត ដែលមិនមានដូចខាងលើ	

Please list previous surgeries and hospital admissions or visits below
សូមបំពេញការកត់ត្រាពីមុន និងការសំរាកពេទ្យ ឬពិនិត្យជំងឺក្រៅ ក្នុងតារាងខាងក្រោម

Year ឆ្នាំ	Surgeries កាត់ដក	Year ឆ្នាំ	Hospital admissions/ Hospital visits ការសំរាកពេទ្យ ឬពិនិត្យជំងឺក្រៅ

Please list your medicines below : សូមបំពេញថ្នាំដែលអ្នកប្រើប្រាស់ក្រោម

Medicines ឈ្មោះថ្នាំ	Dose កំរិត(ដូសថ្នាំ)

Do you have any questions about your future anesthesia ?

តើអ្នកមានសំណួរអំពីការប្រើថ្នាំសណ្តាំនាពេលខាងមុខរបស់អ្នកទេ?
