

ព័ត៌មានទូទៅ General information	ឈ្មោះអ្នកទទួលមរណភាព Deceased name						
	អាយុពេលទទួលមរណភាព Age at death	ឆ្នាំ Year old	ភេទ sex:	<input type="checkbox"/> ស្រី Female <input type="checkbox"/> ប្រុស Male			
	អាសយដ្ឋានពេលទទួលមរណភាព Address at death						
	ទីកន្លែងទទួលមរណភាព(សូមប្រាប់ឈ្មោះមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក) Place of death (Please provide name of Hospital/Clinic)						
<p>ការអះអាង Declaration</p> <p>ខ្ញុំសូមធ្វើការអះអាងថាគ្រប់ចម្លើយក្នុងទម្រង់បែបនេះគឺពិតជាមានលក្ខណៈពេញលេញ និងពិតប្រាកដតាមការយល់ដឹងដ៏ត្រឹមត្រូវបំផុតរបស់ខ្ញុំ។</p> <p>I hereby declare that all the answers in this form are true to the best of my knowledge and belief.</p> <p>កំណត់សម្គាល់ : សូមប្រើក្រដាស ស បន្ថែមប្រសិនបើបំពេញមិនគ្រប់គ្រាន់</p> <p>Note: Please use the different spread sheet if space provided is not enough.</p>	ព័ត៌មានលម្អិតនៃការទទួលមរណភាព Detail of Death						
	A. កាលបរិច្ឆេទនៃមរណភាព Date of death	ថ្ងៃDD	ខែMM	ឆ្នាំYYYY			
	B. មូលហេតុនៃមរណភាព Cause of death						
	ក. ប្រសិនបើមរណភាពបណ្តាលមកពីគ្រោះថ្នាក់ If the death was due to accident						
	មូលហេតុដែលបណ្តាលឲ្យគ្រោះថ្នាក់ Cause of accident						
	សេចក្តីលម្អិតអំពីគ្រោះថ្នាក់ Detail of the accident						
	ទីកន្លែងគ្រោះថ្នាក់ Where it happens						
	កាលបរិច្ឆេទគ្រោះថ្នាក់ Date of accident	ថ្ងៃDD	ខែMM	ឆ្នាំYYYY	ពេលវេលាគ្រោះថ្នាក់ Time of accident	ម៉ោង Time	ព្រឹក ឬល្ងាច AM/PM
	ខ. ប្រសិនបើមរណភាពបណ្តាលមកពីជំងឺ If the death was due to illness						
	រោគវិនិច្ឆ័យនៃមរណភាព Diagnosis of death						
	មូលហេតុនៃជំងឺ Cause of illness						
	សូមប្រាប់ពីអាការៈដែលបានកើត និងពេលវេលាដែលអាការៈបានចាប់ផ្តើម Please state symptoms presented and date symptoms first appeared						
អាការៈដែលបានមកពីគ្រោះពេលដំបូង Symptoms onset consultation	កាលបរិច្ឆេទនៃអាការៈបានចាប់ផ្តើម (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) Date of symptoms onset (dd/mm/yyyy)						
រយៈពេលនៃការកើតឡើងនៃរោគសញ្ញា Duration of symptoms							
កាលបរិច្ឆេទចូលសម្រាកព្យាបាលដំបូង និង ព្យាបាលចុងក្រោយនៃជំងឺ Date of the first attendance and the last attendance of illness	ព្យាបាលដំបូង ថ្ងៃDD	ខែMM	ឆ្នាំYYYY	ព្យាបាលចុងក្រោយ ថ្ងៃDD	ខែMM	ឆ្នាំYYYY	
តាមយោបល់របស់អ្នកតើអ្នកទទួលមរណភាពកើតមានជំងឺនេះរយៈពេលប៉ុន្មានឆ្នាំហើយ? In your opinion, how long did the deceased suffered from his ailment?							

	នីតិវិធីនៃការស៊ើបអង្កេត (ឧ. អេកូ ថតស្លុត ស្កេន លទ្ធផលតេស្តឈាម . ល។) Procedure investigation (e.g. Ultrasound, X-ray, Scan and Laboratory test. etc.)		
	តើអ្វីដែលជាអាការៈដំបូងដែលអ្នកទទួលបានមរណភាពបានប្រាប់ទៅអ្នក? What were the symptoms first noticed by deceased?		
	គ. មូលហេតុផ្សេងៗដែលជាប់ទាក់ទងនឹងមរណភាព Other Cause that related of Death	ត្រឹមត្រូវ Yes	មិនត្រឹមត្រូវ No
	មរណភាពបណ្តាលមកពី គ្រោះថ្នាក់ ការធ្វើអត្តឃាត មនុស្សឃាត If was due to accident, suicide, homicide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ជំងឺផ្លូវចិត្ត Psychiatric disorders?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ការញៀនថ្នាំ ឬញៀនស្រា Drug addiction or Alcoholism?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	តើមរណភាពនេះស្ថិតក្រោមឥទ្ធិពលនៃការប្រើប្រាស់គ្រឿងស្រវឹង ឬគ្រឿងញៀន? Decease under the influence of alcohol or drug?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	តើមានការរកាត់ពិនិត្យសពដែរឬទេ? was autopsy performed?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	លក្ខខណ្ឌជាក់ស្តែងផ្សេងទៀតដែលរួមចំណែក ប៉ុន្តែមិនជាប់ទាក់ទងនឹងជំងឺ ឬមូលហេតុនៃការស្លាប់។ Other significate condition witch contributing to the death but not disease or cause of death	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ឃ. តាមការធ្លាប់ដឹងរបស់អ្នក តើអ្នកទទួលបានមរណភាពធ្លាប់ទទួលបានការព្យាបាលនៅមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិកណាខ្លះ? ហើយត្រូវពេទ្យណាខ្លះ ដែលអ្នកទទួលបានមរណភាពធ្លាប់ទៅទទួលបានការព្យាបាលពីមុនមក? To your knowledge which hospitals/clinics, the deceased was treated for illness or injury and who attended the deceased for any illness.		
	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត Name of Physician	មន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក និង អាសយដ្ឋាន Hospital/Clinic & Address	កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) Date (DD/MM/YYYY)
			មូលហេតុនៃការព្យាបាល Reason of treatment/ Diagnosis
ហត្ថលេខា និង ត្រា Signature and Stamp	ឈ្មោះវេជ្ជបណ្ឌិត Name of Physician		កម្រិតបរិញ្ញាបត្រ & ឯកទេស Degree & Specialist
	ហត្ថលេខា Signature		ត្រាមន្ទីរពេទ្យ ឬគ្លីនិក Hospital/Clinic Stamp
	កាលបរិច្ឆេទ (ថ្ងៃ/ខែ/ឆ្នាំ) Date (DD/MM/YYYY)		
	អាសយដ្ឋានមន្ទីរពេទ្យ ឬពេទ្យព្យាបាល Address of Hospital/physician		
	លេខទូរស័ព្ទ Contact No		អ៊ីមែល Email
* សូមភ្ជាប់នូវរបាយការណ៍ថតចម្លងរបស់គ្រូពេទ្យ ឬមន្ទីរពេទ្យជាមួយនឹងលទ្ធផលវេជ្ជសាស្ត្រ ឬភស្តុតាងបញ្ជាក់ពីការរាយការណ៍របស់អ្នកជំងឺ Please enclose copies of specialist or hospital reports together with any tests or similar evidence to the validity of the patient's disability.			