

Clinical Record for NCDs Patient

(ကုသမှုမှတ်တမ်း)

လူနာ၏ ရာဇဝင်နှင့် စမ်းသပ်ချက်များတွင် အောက်ဖော်ပြပါအချက်များမှ တစ်ခုခုရှိနေပါက အထူးကုဌာနဆေးရုံ/ အထက်အဆင့်သို့ လွှဲပြောင်းပေးရန်အတွက် ကုဒ်နံပါတ်(Code No.)များ

- (၁) သွေးပေါင်ချိန် 200/120mmHg အထက်ဖြစ်လျှင် (အလျှင်အမြန်လွှဲပို့ရန်)
- (၂) အသက် ၄၀-နှစ်အောက်လူနာများတွင် သွေးပေါင်ချိန် 140/90 mmHg (သို့မဟုတ်) 140/90mmHg အထက် ဖြစ်လျှင်
- (၃) လေဖြန်းခြင်း(သို့မဟုတ်)လေသင်တုန်းဖြတ်ခြင်း
- (၄) နှလုံးစူးအောင့်ခြင်း (Chest pain)၊ ကျောက်ကပ်အားနည်းခြင်း၊ ဖောရောင်ခြင်း၊ ဆီးအသားခါတ်ပါခြင်း (Renal failure)၊ နှလုံးအလုပ်ကောင်းစွာမလုပ်နိုင်ခြင်း ၊ မောခြင်း၊ ပတ်လက်လှဲအိပ်မရခြင်း (Heart failure)
- (၅) အသစ်တွေ့ သွေးချိုဆီးချိုရောဂါရှိလူနာတွင် ဆီးအတွင်းကီတုန်းခါတ်(၂+)တွေ့လျှင် (သို့မဟုတ်) အသစ်တွေ့ သွေးချိုဆီးချိုရောဂါရှိလူနာသည် အသက် ၃၀-နှစ်အောက်ဖြစ်လျှင်
- (၆) သွေးအတွင်းအဆီခါတ် (Total cholesterol) > 8 mmol/L ကျော်နေလျှင်
- (၇) သွေးချိုဆီးချိုရောဂါလူနာရှင်များတွင် ပြင်းထန်စွာရောဂါပိုးဝင်ခြင်းနှင့် (သို့) ခြေထောက်အနာနေလျှင်
- (၈) သွေးချိုဆီးချိုရောဂါ လူနာရှင်များတွင် ရုတ်တရက်အမြင်ချို့ယွင်းမှုဖြစ်လျှင်
- (၉) နှလုံးခုန်သံတွင် အသံပိုပါခြင်း (Cardiac Murmurs)
- (၁၀) သွေးတိုးကုသဆေး ၂-မျိုး (သို့မဟုတ်) ၃-မျိုး > 140/ 90mmHg ပေးသော်လည်း သွေးပေါင်ချိန် (သွေးချိုဆီးချိုရောဂါရှိသူများတွင် 130/80mmHg ကျော်လျှင်) သွေးချိုဆီးချိုရောဂါရှိသူများတွင် ဆီးအတွင်း အသားခါတ်ပါခြင်း
- (၁၁) သွေးချိုဆီးချိုရောဂါရှင်များထဲတွင် Glidazideပါသည်ဖြစ်စေ၊ မပါသည်ဖြစ်စေ Metformin အမြင့်ဆုံးနှုန်း (2000mg) သောက်သော်လည်း သွေးအတွင်းအချိုခါတ် 140mmol/L (250 mg/dl)ထက် ကျော်နေလျှင်
- (၁၂) (၂)နှစ်အတွင်းမျက်စိစစ်ဆေးထားခြင်းမရှိလျှင်
- (၁၃) နှလုံးသွေးကြောရောဂါဖြစ်နိုင်ခြေ (Cardiovascular risk) မြင့်မားလျှင် (≥ 20%)
- (၁၄) Suspected Cancer ရှိနေပါက လွှဲပြောင်းပေးရန်

Clinical Record for NCDs Patient (ကုသမှုမှတ်တမ်း)

Health Facility Name _____ Patient Name _____
 OPD/ Field RN _____ Age _____
 Gender: Male or Female
 NCD Registration No _____ Address/Contact Phone No. _____

1. History/Complaint

2. Investigations

	Visit 1		Visit 2		Visit 3		Visit 4		Changes in CVD Risk						
	Date -----		Date -----		Date -----		Date-----								
10years cardiovascular risk	1. <5%	2. 5 to <10%	3. 10 to < 20%	4. 20 to <30%	5. ≥ 30%	1. < 5%	2. 5 to < 10%	3. 10 to < 20%	4. 20 to < 30%	5. ≥ 30%	1. < 5%	2. 5 to < 10%	3. 10 to < 20%	4. 20 to < 30%	5. ≥ 30%
Fasting Blood Glucose															
Random Blood Sugar															
Resting SBP(Two readings at each visit)mmHg															
Resting DBP(Two readings at each visit)mmHg															
Currently on antihypertensive medication	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
Cholesterol level (mmol/L)															
Urine albumin															
Peak flow rate															
Foot examination of diabetes	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
Referral for Eye examination in diabetes	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
Eye examination in diabetes	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
Waist circumference (cm)															
Body Mass Index (BMI)															
Tobacco smoking	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
Smokeless tobacco	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
Counseling tobacco cessation	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
Heavy Alcohol Drinking	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
Counseling diet/physical activity	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
Suspected Cancer (Oral/ Breast/ Cervical)	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
Medicines and daily dose															
Referral reasons (within code number)															
Feedback from higher level	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	Yes	No	
Remark * Visit - to be filled only findings of quarterly visit															