

Case Investigation Report

Date of investigation កាលបរិច្ឆេទសាកសួរ	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ ម៉ោង	Name of investigation organization ឈ្មោះស្ថាប័នអ្នកសាកសួរ	
Name of investigator ឈ្មោះអ្នកសាកសួរ		Contact number of Investigator លេខទូរស័ព្ទអ្នកសាកសួរ	
Reporting medical institution ស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្ររាយការណ៍		Date of report កាលបរិច្ឆេទរាយការណ៍	____/____/____(YYYY/M M/DD) ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ
		Contact number of reporting medical institution លេខទូរស័ព្ទស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ រាយការណ៍	

Enter the personal information of the case subject to this case investigation and fill in the blank.

បញ្ចូលព័ត៌មានផ្ទាល់ខ្លួនរបស់អ្នកទទួលការសាកសួរឬគ្រូសម្ភាសប្រសិនបើមានសេចក្តីពាក់ព័ន្ធនានា។

1.1 Name ឈ្មោះ		1.2 Nationality (based on the passport) សញ្ជាតិ(ក្នុងលិខិតឆ្លងដែន)	
1.2 Date of birth ថ្ងៃខែឆ្នាំកំណើត	(For foreign nationals, enter passport number) (ជនបរទេស លេខលិខិតឆ្លងដែន)	1.3 Gender and age ភេទ-អាយុ	○Male ○Female (Age) ○ប្រុស ○ស្រី (អាយុ ពេញ)
1.5 Occupation មុខរបរ		1.6 Contact number លេខទូរស័ព្ទ(សាមីខ្លួន)	
1.7 Name of workplace(School) ឈ្មោះកន្លែងធ្វើការ(សាលា)		1.8 Contact number (guardian) លេខទូរស័ព្ទ(អាណាព្យាបាល)	
1.9 Address អាសយដ្ឋាន	Address (as shown on the resident registration card):		
	Current address:		

☞ Choose any relevant clinical signs and symptoms manifested from the initial onset until the time of investigation

☞ គូស✓ សម្គាល់ ឬសរសេរ លើរោគសញ្ញា និងសញ្ញាដែលពាក់ព័ន្ធពីការចាប់ផ្តើមមានរោគសញ្ញា រហូតដល់ពេលនៃការសាកសួរនេះ

<p>2.1 Initial symptoms and date of onset</p> <p>កាលបរិច្ឆេទចេញរោគសញ្ញាដំបូង/ប្រភេទ</p>	<p>Onset Date of initial symptoms: ____/____/____(YYYY/MM/DD) / symptoms : ថ្ងៃចេញរោគសញ្ញា : ថ្ងៃទី ____ ខែ ____ ឆ្នាំ ____ /ប្រភេទ:</p>	
<p>2.2 Current signs and symptoms (Choose all relevant condition) រោគសញ្ញាថ្មីៗ/សញ្ញាខាងក្រៅ (គូសព្រ ទាំងអស់ដែលពាក់ព័ន្ធ)</p>	<p><input type="checkbox"/> General symptoms <input type="checkbox"/> រោគសញ្ញានៅលើខ្លួន</p>	<p><input type="checkbox"/> Fever(°C) <input type="checkbox"/> Chills <input type="checkbox"/> Sweats <input type="checkbox"/> Sore throat <input type="checkbox"/> Cough <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy (<input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Axillary <input type="checkbox"/> Inguinal <input type="checkbox"/> Other) <input type="checkbox"/> Headache <input type="checkbox"/> Muscle pain(Myalgia) <input type="checkbox"/> Back pain <input type="checkbox"/> Asthenia(weakness) <input type="checkbox"/> Fatigue/Malaise <input type="checkbox"/> Itchiness <input type="checkbox"/> Keratitis/Conjunctivitis <input type="checkbox"/> Nausea and Vomiting <input type="checkbox"/> Other ()</p>

[illegible]

	2.5.2 Visit to medical institution ការប្រើស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No ❶ the following questions should only be asked if the case reports 'yes' <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> គ្មាន ❷ សំណួរខាងក្រោមគួរតែត្រូវបានសួរប៉ុណ្ណោះប្រសិនបើរបាយការណ៍ករណី "មាន"។		
	Type of visit(+) ប្រភេទមកស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ(+)	Name of medical institution ឈ្មោះស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ	Date/Period កាលបរិច្ឆេទ/ម៉ោង	ICU Admission សម្រាកនៅបន្ទប់សង្គ្រោះបន្ទាន់
	<input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> Inpatient <input type="radio"/> ព្យាបាលដោយមិនសម្រាកនៅពេទ្យ <input type="radio"/> សង្គ្រោះបន្ទាន់ <input type="radio"/> ចូលសម្រាកព្យាបាល		~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> បាទ/ចាស <input type="radio"/> អត់ទេ
	<input type="radio"/> Outpatient service <input type="radio"/> Emergency room <input type="radio"/> Inpatient <input type="radio"/> ពិគ្រោះជំងឺបើកថ្នាំ <input type="radio"/> សង្គ្រោះបន្ទាន់ <input type="radio"/> ចូលសម្រាកព្យាបាល		~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> បាទ/ចាស <input type="radio"/> អត់ទេ
2.6 History of smallpox vaccination ការបាក់វ៉ាក់សាំងអុកស្វា	<input type="radio"/> Yes (❶ Date of vaccination: _____) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> មាន (❷ ឆ្នាំបាក់វ៉ាក់សាំង: _____) <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង			
2.7 Underlying disease ជំងឺប្រចាំកាយ	<input type="radio"/> Yes (❶ Specify: _____) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន (❷ ឈ្មោះជំងឺ: _____) <input type="radio"/> គ្មាន			
2.8 Immunocompromising condition (innate or acquired) ជំងឺភាពស៊ាំចុះខ្សោយ (ពិគ្រោះពិសោធន៍ឬទទួលបាន)	<input type="radio"/> Yes (Date of initial diagnosis: __/__/__(YYYY/MM/DD), name of disorder: _____) <input type="radio"/> None <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> មាន(កាលបរិច្ឆេទនៃការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យដំបូង: ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ , ឈ្មោះជំងឺ: _____) <input type="radio"/> គ្មាន <input type="radio"/> មិនដឹង			
2.9 Pregnancy status ការមានផ្ទៃពោះ	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No (If yes, gestational age: ____ weeks / Estimated date of delivery: ____/____/__(YYYY/MM/DD) <input type="radio"/> មាន (ចំនួនសប្តាហ៍មានផ្ទៃពោះ: សប្តាហ៍) (កាលបរិច្ឆេទនៃការឆ្លងទន្លេ: ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ) <input type="radio"/> គ្មាន			
2.10 Differential diagnosis ការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យជំងឺខុសៗគ្នា	If any differential diagnosis was made or tests undergone, specify: _____ (e.g. chickenpox, shingles, measles, scabies, syphilis, malaria, and so on) រោគវិនិច្ឆ័យដោយមិនរាប់បញ្ចូល (អុកស្វាយ, ជំងឺរឹម, កញ្ជ្រៀល, កមរមាស, រោគស្វាយ, គ្រុនចាញ់ ។ល។) (លក្ខខណ្ឌជំងឺផ្សេងទៀតត្រូវបានពិចារណា (ឬការពិពណ៌នាបន្ថែម បើមានការសង្ស័យថាមានរោគវិនិច្ឆ័យក្រៅពីជំងឺអុកស្វាយ)			

3. Travel history ការចេញទៅក្រៅប្រទេស		❶ Choose or fill out any relevant travel history within 21 days prior to symptom onset ❷ ជ្រើសរើសឬបំពេញប្រវត្តិដំណើរទេសចរណ៍ណាមួយដែលពាក់ព័ន្ធពីរោគសញ្ញាកើតមាន២១ថ្ងៃមុនចេញទៅប្រទេសក្រៅ	
3.1 Travel history (within the past 21 days) មានឬគ្មាននៃការចេញទៅក្រៅប្រទេស	<input type="checkbox"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 3. Travel history) <input type="checkbox"/> None (Move to Section 4. Risk Exposure) <input type="checkbox"/> មាន (ពិនិត្យព័ត៌មានលម្អិតនៅខាងក្រោមពីការទៅលេង បរទេស) <input type="checkbox"/> គ្មាន (4. បន្តទៅសំណួរស្តីពីការប៉ះពាល់កត្តាហានិភ័យ)		

3.2 Immigration information (to and from South Korea) ព័ត៌មាននៃការចេញចូលក្នុងប្រទេស	Date of Departure (from South Korea) កាលបរិច្ឆេទចេញក្រៅប្រទេស		____/____/____(YYYY/MM/DD) ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ		
	Date of Arrival (To South Korea) កាលបរិច្ឆេទចូលក្នុងប្រទេស		____/____/____(YYYY/MM/DD) Time ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ ម៉ោង		
	Modes of transportation មធ្យោបាយចូលក្នុងប្រទេស		<input type="checkbox"/> Air (Flight number: Airline: Seat number:) <input type="checkbox"/> Vessel/ship (Ship number: Name of company:) Location where most time you remained:) <input type="checkbox"/> យន្តហោះ(ឈ្មោះរថយន្តហោះ: ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនអាកាសចរណ៍: លេខកៅអី:) <input type="checkbox"/> កប៉ាល់(ឈ្មោះរថយន្តកប៉ាល់: ឈ្មោះក្រុមហ៊ុនកប៉ាល់:) ទីតាំងប្រើប្រាស់ចម្បង :)		
3.3 Visited Countries or cities /period of visit ឈ្មោះប្រទេសដែលទៅ .តំបន់និងរយៈពេល	Countries ប្រទេសដែលទៅ	Cities ឈ្មោះទីក្រុងដែលទៅ	Date រយៈពេល	Airport transit ប្តូរជើងយន្តហោះ	Was it monkeypox endemic or non- endemic county? តំបន់/គ្រោះថ្នាក់ ឬមិនគ្រោះថ្នាក់
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ទេ	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ទេ
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ទេ	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ទេ
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ទេ	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ទេ
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ទេ	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ទេ
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ទេ	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ទេ
			~	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ទេ	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ទេ

3.4 Accompanying personsប្រភេទនៃការទៅលេង	<input type="radio"/> Solo travel/visit <input type="radio"/> Accompanying two or more persons (family members, co-workers, and so on; the number of accompanying persons:) <input type="radio"/> ទៅលេងម្នាក់ឯង-ទេសចរណ៍ <input type="radio"/> មានគ្នាចាប់ពី២នាក់ឡើង(គ្រួសារ, មិនក្នុងការងារ ផ្សេងៗ, អ្នករួមដំណើរនាក់)
3.5 Purpose of Visitគោលបំណងនៃការទៅលេង	<input type="radio"/> Fellowship/social/hobbies <input type="radio"/> Travel/tourism <input type="radio"/> Business <input type="radio"/> Missionary activities <input type="radio"/> Medical volunteering and relief activities <input type="radio"/> Work/Residence <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> មិត្តភាព, ទំនាក់ទំនងសង្គម, ចំណង់ចំណូលចិត្ត <input type="radio"/> ដំណើរកំសាន្តនិងទស្សនា <input type="radio"/> ការងារ, ដំណើរអាជីវកម្ម <input type="radio"/> ការងារផ្សព្វផ្សាយសាសនា <input type="radio"/> សកម្មភាពស្ម័គ្រចិត្តផ្នែកវេជ្ជសាស្ត្រ <input type="radio"/> កន្លែងធ្វើការ / លំនៅដ្ឋាន <input type="radio"/> ផ្សេងៗ()

4. Risk Exposure ការប្រឈមមុខនឹងហានិភ័យ		<input checked="" type="checkbox"/> Choose any relevant history of risk exposure within 21 days prior to symptom onset <input checked="" type="checkbox"/> សូមគូស✓ ឬសរសេរប្រការដែលពាក់ព័ន្ធពីហានិភ័យកើតមាន២១ថ្ងៃមុននៃការប្រឈមមុខនឹងហានិភ័យ	
4.1 History of contact to suspected or confirmed monkeypox case ការពាក់ព័ន្ធជាមួយអ្នកជំងឺ	Do you have any known contact with suspected or confirmed monkeypox case? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown តើអ្នកធ្លាប់មានពាក់ព័ន្ធជាមួយអ្នកជំងឺដែលមានជំងឺអុតស្វា (សង្ស័យ) ដែរឬទេ? <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ <input type="radio"/> មិនដឹង		
	<input checked="" type="checkbox"/> If yes, ការណ៍/មាន/	Relationship : Date and time of contact : Location of contact: Exposure setting : <input type="radio"/> household contact <input type="radio"/> a stay in the same place <input type="radio"/> physical contact <input type="radio"/> Other () ទំនាក់ទំនង: កាលបរិច្ឆេទពាក់ព័ន្ធ: ទីកន្លែងពាក់ព័ន្ធ: ទ្រង់ទ្រាយ: <input type="radio"/> រស់នៅ / រស់នៅជាមួយគ្នា <input type="radio"/> ស្នាក់នៅក្នុងកន្លែងដូចគ្នា <input type="radio"/> ប៉ះពាល់រាងកាយ <input type="radio"/> ផ្សេងៗ()	
4.2 Any known experience of risk environment ការប៉ះពាល់នឹងបរិស្ថាន	<input checked="" type="checkbox"/> Specify below ពិពណ៌នានៅខាងក្រោម		
	Details of exposure ព័ត៌មានលម្អិត	Place/area ទីកន្លែង/តំបន់	Date and time កាលបរិច្ឆេទ
	<input type="checkbox"/> Participation in large events <input type="checkbox"/> ការចូលរួមក្នុងកម្មវិធីធំៗ		
	<input type="checkbox"/> Laboratory exposures (work or temporary visit) <input type="checkbox"/> ធ្វើការនៅក្នុងមន្ទីរពិសោធន៍ពាក់ព័ន្ធឬបានទៅ		
	<input type="checkbox"/> Specimens handling(incl. collection, transport) <input type="checkbox"/> ទំនាក់ទំនងដឹកបញ្ជូននៃការពិនិត្យ		
	<input type="checkbox"/> Other () <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ ()		
4.3 Animal exposure ការប៉ះពាល់សត្វពាហនៈ	Have you ever had a contact with livestock or wild animals? តើអ្នកធ្លាប់មានប៉ះពាល់ជាមួយសត្វពាហនៈ ឬសត្វព្រៃទេ? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ <input type="radio"/> មិនដឹង		

	<input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> ករណី 'មាន'	Animal (specific): _____ Date of contact: _____ Place of contact: _____ Source of contact: <input type="checkbox"/> Pet (rodents, etc.) <input type="checkbox"/> Wild animal carcass <input type="checkbox"/> Wild animal សត្វ(ប្រភេទ): _____ កាលបរិច្ឆេទប៉ះពាល់: _____ ទីកន្លែងប៉ះពាល់: _____ ប្រភេទនៃការប៉ះពាល់: <input type="checkbox"/> សត្វចិញ្ចឹម(សត្វកកោរល្បា) <input type="checkbox"/> សាកសពសត្វព្រៃ <input type="checkbox"/> សត្វព្រៃ <input type="checkbox"/> ផ្សេងៗ(_____)
4.4 Sexual contact (within the last 3 weeks) ការរួមភេទ (រយៈពេល3សប្តាហ៍ថ្មីៗនេះ)	Have you had a sexual contact within 21 days prior to symptom onset? តើអ្នកបានរួមភេទក្នុងរយៈពេល 21 ថ្ងៃមុនពេលមានរោគសញ្ញាដែរឬទេ?	<input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No <input type="radio"/> Unknown <input type="radio"/> Refuse to respond <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់ <input type="radio"/> មិនដឹង <input type="radio"/> បដិសេធនឹងមិនឆ្លើយ
	<input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> ករណី 'មាន'	Number of partners : <input type="radio"/> 1 <input type="radio"/> 2 or more <input type="radio"/> Refuse to respond Relationship with partner(s): <input type="radio"/> Spouse <input type="radio"/> Acquaintances <input type="radio"/> by chance <input type="radio"/> Refuse to respond ចំនួនមនុស្ស: <input type="radio"/> 1នាក់ <input type="radio"/> 2នាក់ឡើង <input type="radio"/> បដិសេធនឹងមិនឆ្លើយ ទំនាក់ទំនងរវាងមនុស្ស: <input type="radio"/> ប្តី/ប្រពន្ធ <input type="radio"/> អ្នកស្គាល់ <input type="radio"/> ចៃដន្យ <input type="radio"/> បដិសេធនឹងមិនឆ្លើយ
4.5 Blood transfusion donation history ការបរិច្ចាគឈាម	Have you ever donated blood or received blood transfusion within 21 days prior symptom onset? <input type="radio"/> Yes <input type="radio"/> No តើអ្នកធ្លាប់បរិច្ចាគឈាម ឬបានទទួលការបញ្ចូលឈាមក្នុងរយៈពេល 21 ថ្ងៃមុនពេលមានរោគសញ្ញាដែរឬទេ? <input type="radio"/> មាន <input type="radio"/> អត់	
	<input type="checkbox"/> If yes, <input type="checkbox"/> ករណី 'មាន'	<input type="checkbox"/> Donated Place: _____ Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD) <input type="checkbox"/> Received Place: _____ Date: ____/____/____(YYYY/MM/DD) <input type="checkbox"/> បរិច្ចាគឈាម ទីកន្លែង: _____ កាលបរិច្ឆេទ: ថ្ងៃទី ____ ខែ ____ ឆ្នាំ ____ <input type="checkbox"/> ទទួលការបញ្ចូលឈាម ទីកន្លែង: _____ កាលបរិច្ឆេទ: ថ្ងៃទី ____ ខែ ____ ឆ្នាំ ____
4.6 Other suspected exposures ការប៉ះពាល់ជាមួយភ្នាក់ងារ បង្ករោគដែលសង្ស័យផ្សេងទៀត	Specify សូមពណ៌នា ប្រសិនបើមានប្រភពផ្សេងទៀតនៃការឆ្លងមេរោគដែលអ្នកឆ្លើយត្រូវសង្ស័យ	

5. Case classification and Management ការបែកចែកករណី-វិធានការ	<input type="checkbox"/> Choose or fill out any relevant items				
5.1 Date of notification received រយការណ៍កាលបរិច្ឆេទទទួល	____/____/____(YYYY/MM/DD) Time: _____ ថ្ងៃទី ____ ខែ ____ ម៉ោង ____				
5.2 Outcome of case លទ្ធផលនៃការចាត់ថ្នាក់ ករណី	<table border="1"> <tr> <td> Epidemiological links ទំនាក់ទំនងនឹងរោគរាគម្យាគ </td><td> <input type="radio"/> Yes (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure) <input type="radio"/> No (no history of visit to an outbreak country) <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ (ពិនិត្យមើលថាបានទៅកំប៉ងដែលមានកើតរោគ ឬការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់។ល។) <input type="checkbox"/> ទេ (មិនបានទៅកំប៉ងកើតមានរោគឡើយ។ល។) </td></tr> <tr> <td> Clinical signs and </td><td> <input type="radio"/> Meet the suspected or confirmed case definition </td></tr> </table>	Epidemiological links ទំនាក់ទំនងនឹងរោគរាគម្យាគ	<input type="radio"/> Yes (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure) <input type="radio"/> No (no history of visit to an outbreak country) <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ (ពិនិត្យមើលថាបានទៅកំប៉ងដែលមានកើតរោគ ឬការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់។ល។) <input type="checkbox"/> ទេ (មិនបានទៅកំប៉ងកើតមានរោគឡើយ។ល។)	Clinical signs and	<input type="radio"/> Meet the suspected or confirmed case definition
Epidemiological links ទំនាក់ទំនងនឹងរោគរាគម្យាគ	<input type="radio"/> Yes (visits to outbreak countries or confirmation of risks exposure) <input type="radio"/> No (no history of visit to an outbreak country) <input type="checkbox"/> បាទ/ចាស់ (ពិនិត្យមើលថាបានទៅកំប៉ងដែលមានកើតរោគ ឬការប្រឈមមុខនឹងគ្រោះថ្នាក់។ល។) <input type="checkbox"/> ទេ (មិនបានទៅកំប៉ងកើតមានរោគឡើយ។ល។)				
Clinical signs and	<input type="radio"/> Meet the suspected or confirmed case definition				

	<div>symptoms រោគសញ្ញាវិនិច្ឆ័យនិង រោគសញ្ញាខាងក្រៅ</div> <div>Outcome of case classification លទ្ធផលនៃការចាត់ថ្នាក់ ករណី</div>	<div><div><div><div><div>○ Fail to meet the suspected or confirmed case definitions</div><div>○ស្របនឹងករណីពិត</div><div>○មិនស្របនឹងករណីពិត</div></div></div><div><div><div>○ Suspected case</div><div>○ Not a case</div><div>○អ្នកជំងឺជាគ្រូពេទ្យ</div><div>○ករណីមិនពាក់ព័ន្ធ</div></div></div></div></div>													
	<table><tr><td colspan="2" rowspan="2">Classification បែងចែក</td><td colspan="2">Monkeypox clinical signs and symptoms រោគសញ្ញាវិនិច្ឆ័យនិង រោគសញ្ញា ខាងក្រៅនៃជំងឺអ៊ុកស្វា</td></tr><tr><td>Meet clinical criteria ភាពត្រូវគ្នា</td><td>Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) ភាពមិនត្រូវគ្នា(រោគសញ្ញាមិនប្រាកដ)</td></tr><tr><td rowspan="2">Epidemiological links (Risk level)</td><td>presense វត្តមាន</td><td>Suspected case អ្នកជំងឺជាគ្រូពេទ្យ</td><td>Not applicable មិនពាក់ព័ន្ធ</td></tr><tr><td>Absence អវត្តមាន</td><td>Not applicable មិនពាក់ព័ន្ធ</td><td>Not applicable មិនពាក់ព័ន្ធ</td></tr></table>	Classification បែងចែក		Monkeypox clinical signs and symptoms រោគសញ្ញាវិនិច្ឆ័យនិង រោគសញ្ញា ខាងក្រៅនៃជំងឺអ៊ុកស្វា		Meet clinical criteria ភាពត្រូវគ្នា	Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) ភាពមិនត្រូវគ្នា(រោគសញ្ញាមិនប្រាកដ)	Epidemiological links (Risk level)	presense វត្តមាន	Suspected case អ្នកជំងឺជាគ្រូពេទ្យ	Not applicable មិនពាក់ព័ន្ធ	Absence អវត្តមាន	Not applicable មិនពាក់ព័ន្ធ	Not applicable មិនពាក់ព័ន្ធ	
Classification បែងចែក				Monkeypox clinical signs and symptoms រោគសញ្ញាវិនិច្ឆ័យនិង រោគសញ្ញា ខាងក្រៅនៃជំងឺអ៊ុកស្វា											
		Meet clinical criteria ភាពត្រូវគ្នា	Fail to meet clinical criteria (Atypical symptoms) ភាពមិនត្រូវគ្នា(រោគសញ្ញាមិនប្រាកដ)												
Epidemiological links (Risk level)	presense វត្តមាន	Suspected case អ្នកជំងឺជាគ្រូពេទ្យ	Not applicable មិនពាក់ព័ន្ធ												
	Absence អវត្តមាន	Not applicable មិនពាក់ព័ន្ធ	Not applicable មិនពាក់ព័ន្ធ												
<Note on case classification>															
<div>★ Admitted in the isolated ward and subject to testing</div>		<div>※ The case is considered probable upon diagnosis by medical professionals in infectious disease, proctology, urology and dermatology, even though a monkeypox case doesn't have any epidemiological link. However, the case should be reconfirmed by epidemiological investigation officers from regional governments and regional Centers for Disease Control and prevention Agency to identify whether the case meets the case investigation criteria including epidemiological links and exclusive diagnosis.</div> <div>※ ទោះបីជាមិនមានទាក់ទងនឹងរោគរាកត្បាតក៏ដោយករណីមានការសង្ស័យថាគេក៏ជំងឺអ៊ុកស្វា ជាលទ្ធផលនៃការពិនិត្យដោយផ្នែកលើជំងឺឆ្លង, ផ្នែកកាត់ទ្វាធ្ម, ផ្នែកតម្រងនោម និងផ្នែកព្យាបាលស្បែកនោះ គឺអាចធ្វើការបែងចែកអ្នកជំងឺដែលជាគ្រូពេទ្យ, ក្នុងករណីនេះ នៅលើឱកាសសួររករោគសញ្ញាផ្សេងៗទៀតនៃរោគរាកត្បាត។ ហើយរោគវិនិច្ឆ័យ ដែលមិនរាប់បញ្ចូលត្រូវធ្វើការពិនិត្យជាថ្មីចំពោះក្រុមស៊ើបអង្កេតរោគរាកត្បាត និងឆ្លើយតប នៅមជ្ឈមណ្ឌលតាមទីក្រុង និងតំបន់។</div> <div>ទោះបីយ៉ាងណាក៏ដោយ ករណីនេះគួរតែត្រូវបានបញ្ជាក់ឡើងវិញដោយមន្ត្រីស៊ើបអង្កេតរោគរាកត្បាតពីរដ្ឋាភិបាលក្នុងតំបន់ និងមជ្ឈមណ្ឌលគ្រប់គ្រង និងបង្ការជំងឺប្រចាំតំបន់ ដើម្បីកំណត់ថាគេករណីនេះត្រូវនឹងលក្ខណៈវិនិច្ឆ័យនៃការស៊ើបអង្កេតករណី រួមទាំងកំណត់របស់រោគរាកត្បាត និងការធ្វើរោគវិនិច្ឆ័យផ្តាច់មុខពិសេស។</div>													
5.3 Patient transfer ការបញ្ជូនអ្នកជំងឺ	<div>Patient transfer ការបញ្ជាក់ពីការបញ្ជូន</div> <div>Means of transport បញ្ជូនតាមមធ្យោបាយ</div>	<div><div><div><div>○Transfer ○NOT necessary (becuase the medical institution has isolation bed units)) ○ NOT eligible(not a case)</div><div>○បញ្ជូន ○មិនត្រូវការ(ស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រដែលមានបន្ទប់ដាក់ដោយឡែក)</div><div>○មិនពាក់ព័ន្ធ(អ្នកមិនជាប់ពាក់ព័ន្ធ)</div></div><div><div><div>○Public Health Center ○Quarantine Station ○119 Ambulance</div><div>○Other: _____</div><div>○មជ្ឈមណ្ឌលសុខភាព ○កន្លែងធ្វើចត្តាឡីស័ក ○រថយន្តសង្គ្រោះ 119</div><div>○ផ្សេងៗ: _____</div></div></div></div></div>													

				<input type="radio"/> កំពុងដំណើរការ <input type="radio"/> ផ្សេងៗ()
	<input type="radio"/> Scab <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> ក្រមរក្រិន <input type="radio"/> មិនពិនិត្យ	____/____/____ (YYYY/MM/DD) ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> មជ្ឈមណ្ឌលគ្រប់គ្រង និងបង្ការជំងឺ <input type="radio"/> វិទ្យាស្ថានស្រាវជ្រាវសុខភាព និងបរិស្ថាន	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> វិជ្ជមាន <input type="radio"/> អវិជ្ជមាន <input type="radio"/> មិនទាន់បានសម្រេច <input type="radio"/> កំពុងដំណើរការ <input type="radio"/> ផ្សេងៗ()
	<input type="radio"/> Oropharyngeal smear <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> ការពិនិត្យតាមបំពង់ក <input type="radio"/> មិនពិនិត្យ	____/____/____ (YYYY/MM/DD) ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> មជ្ឈមណ្ឌលគ្រប់គ្រង និងបង្ការជំងឺ <input type="radio"/> វិទ្យាស្ថានស្រាវជ្រាវសុខភាព និងបរិស្ថាន	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> វិជ្ជមាន <input type="radio"/> អវិជ្ជមាន <input type="radio"/> មិនទាន់បានសម្រេច <input type="radio"/> កំពុងដំណើរការ <input type="radio"/> ផ្សេងៗ()
	<input type="radio"/> Blood <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> ប្រភេទឈាម <input type="radio"/> មិនពិនិត្យ	____/____/____ (YYYY/MM/DD) ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> មជ្ឈមណ្ឌលគ្រប់គ្រង និងបង្ការជំងឺ <input type="radio"/> វិទ្យាស្ថានស្រាវជ្រាវសុខភាព និងបរិស្ថាន	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> វិជ្ជមាន <input type="radio"/> អវិជ្ជមាន <input type="radio"/> មិនទាន់បានសម្រេច <input type="radio"/> កំពុងដំណើរការ <input type="radio"/> ផ្សេងៗ()
	<input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> Not performed <input type="radio"/> ផ្សេងៗ() <input type="radio"/> មិនពិនិត្យ	____/____/____ (YYYY/MM/DD) ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ)	<input type="radio"/> Korea Disease Control and Prevention Agency <input type="radio"/> Public Health and Environment Research Institute <input type="radio"/> មជ្ឈមណ្ឌលគ្រប់គ្រង និងបង្ការជំងឺ	<input type="radio"/> Positive <input type="radio"/> Negative <input type="radio"/> Pending <input type="radio"/> In progress

			<input type="radio"/> វិទ្យាស្ថានស្រាវជ្រាវសុខភាព និងបរិស្ថាន <input type="radio"/> Other () <input type="radio"/> វិទ្យាស្ថាន <input type="radio"/> អវិទ្យាស្ថាន <input type="radio"/> មិនទាន់បានសម្រេច <input type="radio"/> កំពុងដំណើរការ <input type="radio"/> ផ្សេងៗ()
--	--	--	---

7. Contact Status របាយការណ៍ពីអ្នកជាប់ពាក់ព័ន្ធ	<input type="checkbox"/> Choose or fill out any relevant items below <input checked="" type="checkbox"/> សូមគូស✓ ឬសរសេរប្រការដែលពាក់ព័ន្ធ										
7.1 Contacts (Have you had contact with anyone after the onset of symptoms?) របាយការណ៍ពីអ្នកជាប់ពាក់ព័ន្ធ	<input type="radio"/> Yes (If yes, please follow through all questions below in Section 7. Contacts Status) <input type="radio"/> No <input type="radio"/> មាន <input type="checkbox"/> ពិពណ៌នានៅខាងក្រោម <input type="radio"/> គ្មាន										
	How many contacts the case has had since the onset of symptoms? អ្នកជាប់ពាក់ព័ន្ធបន្ទាប់ពីអ្នកជំងឺមានរោគសញ្ញា <table border="1"> <tr> <th>Total សរុប</th> <th>person(s) នាក់</th> </tr> <tr> <td> •Family members and live-in person(s) • គ្រួសារឬអ្នករស់នៅជាមួយ </td> <td>person(s) នាក់</td> </tr> <tr> <td> •Those from medical institution(s) (Institution(s) Name:) • ពាក់ព័ន្ធជាមួយអ្នកស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ(ឈ្មោះស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ:) </td> <td>person(s) នាក់</td> </tr> <tr> <td> •People commuted/traveled via the same transport (Specify:) • អ្នកប្រើប្រាស់មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនដូចគ្នា(ប្រភេទ:) </td> <td>person(s) នាក់</td> </tr> <tr> <td> •Other () • ផ្សេងៗ() </td> <td>person(s) នាក់</td> </tr> </table>	Total សរុប	person(s) នាក់	•Family members and live-in person(s) • គ្រួសារឬអ្នករស់នៅជាមួយ	person(s) នាក់	•Those from medical institution(s) (Institution(s) Name:) • ពាក់ព័ន្ធជាមួយអ្នកស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ(ឈ្មោះស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ:)	person(s) នាក់	•People commuted/traveled via the same transport (Specify:) • អ្នកប្រើប្រាស់មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនដូចគ្នា(ប្រភេទ:)	person(s) នាក់	•Other () • ផ្សេងៗ()	person(s) នាក់
Total សរុប	person(s) នាក់										
•Family members and live-in person(s) • គ្រួសារឬអ្នករស់នៅជាមួយ	person(s) នាក់										
•Those from medical institution(s) (Institution(s) Name:) • ពាក់ព័ន្ធជាមួយអ្នកស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ(ឈ្មោះស្ថាប័នវេជ្ជសាស្ត្រ:)	person(s) នាក់										
•People commuted/traveled via the same transport (Specify:) • អ្នកប្រើប្រាស់មធ្យោបាយដឹកជញ្ជូនដូចគ្នា(ប្រភេទ:)	person(s) នាក់										
•Other () • ផ្សេងៗ()	person(s) នាក់										
	* For contacts investigation and relevant details, use a separate 'Contact and Exposure Survey Form' * Please refer to the 'monkeypox response guideline' for registering contacts on the web system * ការសាកសួរនៃការជាប់ពាក់ព័ន្ធ និងស្ថានភាពពង្សិកប្រើប្រាស់តាមប្រព័ន្ធនេះត្រូវធ្វើឡើងតាមការណែនាំនៃការប្រើប្រាស់ប្រព័ន្ធនេះ * សូមមើលអត្ថបទនៃបណ្តាញព័ត៌មានសរសេរបញ្ចូលរបស់អ្នកជាប់ពាក់ព័ន្ធនិងពេលសរសេរ។										

8. Final decision ការសន្និដ្ឋានចុងក្រោយ	<input type="checkbox"/> Choose or fill out any relevant items below <input checked="" type="checkbox"/> សូមគូស✓ ឬសរសេរប្រការដែលពាក់ព័ន្ធ
8.1 case management result លទ្ធផលនៃវិធានការ	<input type="radio"/> Under treatment <input type="radio"/> Discharged after recovery (___/___/___(YYYY/MM/DD)) <input type="radio"/> Died ___/___/___(YYYY/MM/DD) <input type="radio"/> កំពុងព្យាបាល <input type="radio"/> ចេញពីមន្ទីរពេទ្យក្រោយពីជាឡើងវិញ (ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ) <input type="radio"/> ស្លាប់ (ថ្ងៃទី ខែ ឆ្នាំ)
8.2 Final result លទ្ធផលចុងក្រោយ	<input type="radio"/> Confirmed case <input type="radio"/> Suspected case <input type="radio"/> Not a patient (Diagnosis:) <input type="radio"/> អ្នកជំងឺ <input type="radio"/> អ្នកជំងឺជាប់សង្ស័យ <input type="radio"/> មិនមែនជាអ្នកជំងឺ(ឈ្មោះរោគវិនិច្ឆ័យ:)
	<input checked="" type="checkbox"/> If case is confirmed as 'monkeypox patient', indicate clinical characteristics: <input type="checkbox"/> ករណី / អ្នកជំងឺ សំគាល់ប្រភេទភ្លឺនឹក:

