

Borang ini hendaklah diserahkan semasa hari temu duga kepada Panel Temu Duga yang dilantik oleh Suruhanjaya Perkhidmatan Awam (SPA)



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN BAGI PEGAWAI SEDANG BERKHIDMAT (PSB) DAN PEGAWAI PENINGKATAN SECARA LANTIKAN (PSL) BAGI URUSAN TEMU DUGA LATIHAN SEPARA PERUBATAN (PROGRAM PRA PERKHIDMATAN) KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM)

ARAHAN:

Pegawai hendaklah mengisi maklumat di **Bahagian A, B dan C** dan menyerahkan Borang ini berserta **e-mel panggilan daripada Suruhanjaya Perkhidmatan Awam (SPA)** kepada Pengamal Perubatan Berdaftar semasa menjalani pemeriksaan kesihatan.

Pegawai adalah bertanggungjawab untuk memberikan maklumat yang **BENAR** dalam borang ini dan jika didapati dengan sengaja memberikan maklumat yang tidak benar, maka tawaran ini boleh dibatalkan.

Untuk tujuan pemeriksaan, pemohon hendaklah membawa kaca mata (jika pernah memakainya) dan laporan Lembaga Perubatan (jika ada).

MUSTAHAK:

Pemeriksaan HIV, Ujian Dadah, Hepatitis B, Hepatitis C dan Urine Pregnancy Test (UPT) adalah diwajibkan kepada pegawai PSB dan PSL yang dijemput untuk menghadiri temu duga Latihan Separa Perubatan anjuran Kementerian Kesihatan Malaysia. Ujian UPT adalah dikhaskan kepada pegawai WANITA sahaja.

BAHAGIAN A

BIODATA

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

Nama Penuh : _____
 Program : _____
 Alamat : _____
 No.Kad Pengenalan : _____
 Umur : _____ Jantina : _____
 Warganegara : _____ Agama : _____
 Bangsa : _____ Status Perkahwinan : _____
 Kumpulan Darah : _____ No.Telefon Bimbit : _____
 (jika diketahui) _____

BAHAGIAN B**MAKLUMAT KESIHATAN PEMOHON**

[Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar. Sila tandakan (√) di ruangan berkaitan]

(1) Adakah anda menghidap/pernah mengalami masalah kesihatan berikut:

Bil	Jenis Penyakit/Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
1	Kecederaan Serius (<i>Serious Injury</i>)				
2	Kahak Berdarah (<i>Blood Stained Sputum</i>)				
3	Sakit Lelah (<i>Asthma</i>)				
4	Batuk Kering/Tibi (<i>Tuberculosis</i>)				
5	Lain-lain penyakit paru-paru (<i>Other diseases of Lungs</i>)				
6	Sengal-sengal Sendi (<i>Joint pains</i>)				
7	Bengkak Kaki (<i>Swelling of Legs</i>)				
8	Pening Kepala (<i>Giddiness</i>)				
9	Burut (<i>Swelling of Scrotum</i>)				
10	Angin Pasang (<i>Hernia</i>)				
11	Ketulan di payudara (<i>Breast Lump</i>)				
12	Sawan (<i>Fits</i>)				
13	Kencing Manis (<i>Diabetes</i>)				
14	Darah Tinggi (<i>Hypertension</i>)				
15	Ketagihan Dadah (<i>Drug Addiction</i>)				
16	Ketagihan Alkohol (<i>Alcohol Addiction</i>)				
17	Gangguan Mental/Sakit Jiwa (<i>Psychiatric/Mental Illness</i>)				
18	Kemurungan (<i>Depression</i>)				
19	Sakit Kepala (<i>Headache</i>)				
20	Migrain (<i>Migraine</i>)				
21	Histeria (<i>Hysteria</i>)				
22	Pitam (<i>Blackout</i>)				

Bil	Jenis Penyakit/Masalah Kesehatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
23	Senggugut (<i>Dysmenorrhoea</i>)				
24	Resdung (<i>Allergic Rhinitis</i>)				
25	Penyakit Jantung/Sakit Dada (<i>Heart Diseases/Chest Pain</i>)				
26	Penyakit Tiroid (<i>Thyroid Diseases</i>)				
27	Penyakit Buah Pinggang (<i>Kidney Diseases</i>)				
28	Penyakit Gastrik (<i>Gastric</i>)				
29	HIV/AIDS				
30	Barah (<i>Cancer</i>)				
31	Penyakit Kelamin (<i>STD</i>)				
32	Leukemia (<i>Leukemia</i>)				
33	Hepatitis (<i>Hepatitis</i>)				
34	Alahan (ubat/makanan/kontak) (<i>Allergic reaction to medicine/food/contact</i>)				
35	Pembedahan (<i>Surgical Operation</i>)				
36	Kecacatan (<i>Disability/Handicap</i>)				
37	Penyakit-penyakit lain atau kecederaan diri yang mudarat (<i>Other illnesses or serious personal injury</i>)				
38	Sejarah Kesehatan Keluarga (<i>Family Medical History</i>)				

(2) Keadaan Pancaindera

Bil	Jenis Penyakit/Masalah Kesehatan	Boleh	Tidak	Catatan
1	Rasa (<i>Taste</i>)			
2	Bau (<i>Smell</i>)			
3	Sentuhan (<i>Touch</i>)			
4	Penglihatan (<i>Vision</i>)			
5	Pendengaran (<i>Hearing</i>)			

BAHAGIAN C**PENGAKUAN DAN KEBENARAN****(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)****Pengakuan dan Kebenaran Pemohon**

Saya mengakui bahawa maklumat perubatan yang diberikan di **Bahagian B** adalah **BENAR** dan sekiranya maklumat itu **palsu** atau saya didapati **menyembunyikan** maklumat kesihatan saya, tindakan boleh dikenakan ke atas saya.

Saya dengan ini bersetuju untuk memberi kebenaran kepada pihak tuan bagi mengemukakan maklumat mengenai pemeriksaan perubatan ini kepada pihak Kementerian Kesihatan Malaysia.

Tandatangan Pemohon : _____
 Nama Pemohon : _____
 No. Kad Pengenalan : _____
 Tarikh : _____

Pengakuan Saksi*

Saya dengan ini mengesahkan maklumat kesihatan di Bahagian B dibuat oleh pegawai dan tandatangan di Bahagian C adalah tandatangan pegawai.

Tandatangan Saksi* : _____
 Nama Saksi* : _____
 No. Kad Pengenalan : _____
 Tarikh : _____
 Cop Rasmi Jawatan : _____

(Saksi: Pegawai dalam Kumpulan Pengurusan dan Profesional dan ke atas dalam Perkhidmatan Awam sahaja.)

BAHAGIAN D**PEMERIKSAAN KESIHATAN PERGIGIAN****(Diisi oleh pegawai dan pengamal perubatan berdaftar)****BUTIRAN MENGENAI PEGAWAI PERGIGIAN YANG MEMBUAT PEMERIKSAAN:**

Nama : _____

Jawatan : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh Pemeriksaan : _____

Nama Hospital/Klinik Pergigian : _____

Tandatangan dan Cap Rasmi : _____

1. Saringan merokok:

Bil	Jenis Penyakit/Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Catatan
1	Adakah anda merokok			
2	Adakah anda pernah merokok			
3	Adakah anda terdedah kepada asap rokok di rumah dan persekitaran			

Status Merokok	Perokok Semasa	Bekas Perokok	Perokok Pasif	Bukan Perokok

2. Pemeriksaan mulut:

Bil	Jenis Penyakit/Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Catatan
1	Kebersihan mulut memuaskan			
2	Bau rokok			
3	<i>Stain Nikotin</i>			
4	<i>Smoker's Lip</i>			
5	Lelangit perokok			
6	Kerosakan gigi yang teruk (<i>Advanced Dental Caries</i>)			
7	Gigi palsu (<i>Dentures</i>)			

BAHAGIAN E**BUTIRAN MENGENAI PEGAWAI PERUBATAN YANG MEMBUAT PEMERIKSAAN
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)**

Nama : _____

Jawatan : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh Pemeriksaan : _____

Nama Hospital/Klinik Kesihatan : _____

Adakah tuan/puan mempunyai pertalian keluarga dengan pegawai
Jika ya sila nyatakan hubungan: : YA TIDAK

Adakah tuan/puan pernah membuat pemeriksaan ke atas pegawai
Catatan: : YA TIDAK

Tandatangan dan Cap Rasmi :

BAHAGIAN F**PEMERIKSAAN FIZIKAL****(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)**

Pegawai Perubatan yang memeriksa dikehendaki untuk memeriksa pegawai secara terperinci dan melengkapkan butiran di ruangan bawah ini dengan tepat serta memberi ulasan sekiranya perlu. Pegawai Perubatan adalah bertanggungjawab terhadap maklumat, cadangan dan sokongan berkaitan kesihatan pegawai yang dinyatakan di dalam borang ini.

Catatan Pegawai Perubatan

Tinggi
(Height) _____ meter

Berat
(Weight) _____ kg

Indeks Jisim
Tubuh (BMI) _____ kg/m²

Pemeriksaan Nadi (Pulse Rate)	_____ /minit		
Kadar Seminit (Rate per minute)	<input type="text"/>	Normal	<input type="text"/> Tidak Normal
Sifat Denyutan Nadi (Character)	<input type="text"/>	Normal	<input type="text"/> Tidak Normal

Tekanan Darah (Blood Pressure)	_____ mmHg
	Sistolik
	_____ mmHg
	Diastolik

Kedaaan Keseluruhan

(General Condition):

(1) PEMERIKSAAN MATA (EYE)

- (i)
- Penglihatan**
-
- (
- Vision*
-)

Mata Kanan (<i>Right Eye</i>)		Mata Kiri (<i>Left Eye</i>)	
Dengan Kaca Mata (<i>With glasses</i>)	6/–	Dengan Kaca Mata (<i>With glasses</i>)	6/–
Tanpa Kaca Mata (<i>Without glasses</i>)	6/–	Tanpa Kaca Mata (<i>Without glasses</i>)	6/–

- (ii)
- Penglihatan warna**
-
- (
- Colour vision*
-)

Biasa
(*Normal*)Luar Biasa
(*Abnormal*)

- (iii)
- Juling**
-
- (
- Squint*
-)

Biasa
(*Normal*)Luar Biasa
(*Abnormal*)**(2) PEMERIKSAAN TELINGA/PENDENGARAN (EAR/HEARING)**Telinga Kanan
(*Right Ear*)Telinga Kiri
(*Left Ear*)Ya
(*Yes*)Tidak
(*No*)Ya
(*Yes*)Tidak
(*No*)

- (i)
- Adakah telinganya bernanah**
-
- (
- Any ear discharge*
-)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

- (ii)
- Adakah terdapat timpanum berlubang**
-
- (
- Tympanic perforation*
-)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Baik
(*Good*)Kurang
Baik
(*Not Good*)Baik
(*Good*)Kurang
Baik
(*Not Good*)

- (iii)
- Pendengaran**
-
- (
- Hearing*
-)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

(3) PEMERIKSAAN MULUT DAN KERONGKONG (ORAL AND THROAT)Ya
(*Yes*)Tidak
(*No*)

- (i)
- Pembesaran tonsil**
-
- (
- Enlarge tonsils*
-)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Catatan/
(*Remark*):

- (ii)
- Lelangit bercelah**
-
- (
- Cleft Palate*
-)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Catatan/
(*Remark*):

- (iii)
- Lain-lain abnormaliti yang teruk**
-
- (
- Any other severe abnormality*
-)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
--------------------------	--------------------------

Catatan/
(*Remark*):

(4) PEMERIKSAAN DADA (CHEST)

(i)	Sifatnya (Character)	Normal		Tidak Normal		Catatan/ (Remark):
(ii)	Pengembangan dada semasa menarik nafas (Expansion of the chest)	Baik		Kurang Baik		Catatan/ (Remark):
(iii)	Adakah kedua-dua belah dadanya sama besar semasa menarik nafas (Equal on both sides on expansion)	Sama		Tidak Sama		Catatan/ (Remark):
(iv)	Bunyi perkusi (Percussion)	Normal		Tidak Normal		Catatan/ (Remark):
(v)	Auskultasi (Auscultation)	Normal		Tidak Normal		Catatan/ (Remark):

(5) PEMERIKSAAN JANTUNG (HEART)

(i)	Saiz jantung (Heart size)	Normal		Tidak Normal		Catatan/ (Remark):
(ii)	Bunyi jantung (Heart Sound)	Baik		Kurang Baik		Catatan/ (Remark):
(iii)	Rentak (Rhythm)	Sama		Tidak Sama		Catatan/ (Remark):
(iv)	Adakah terdapat murmur atau lain-lain bunyi luar biasa? (Any other abnormality sound detected)	Ya		Tidak		Catatan/ (Remark):

(6) PEMERIKSAAN ABDOMEN (ABDOMEN)

(i)	Hati (Liver)	Normal		Tidak Normal		Catatan/ (Remark):
(ii)	Limpa (Spleen)	Baik		Kurang Baik		Catatan/ (Remark):
(iii)	Adakah apa-apa bengkak yang luar biasa dalam perut? (Any abnormal abdominal mass)	Sama		Tidak Sama		Catatan/ (Remark):

(7) PEMERIKSAAN KAJISARAF (REFLEX)

(i)	Keadaan sentak lutut (<i>Knee Jerk</i>)	Normal		Tidak Normal		Catatan/ (<i>Remark</i>):
(ii)	Keadaan sentak pergelangan kaki (<i>Ankle Jerk</i>)	Baik		Kurang Baik		Catatan/ (<i>Remark</i>):
(iii)	Keadaan sentak plantar (<i>Plantar Reflex</i>)	Sama		Tidak Sama		Catatan/ (<i>Remark</i>):
(iv)	Keadaan anak mata (<i>Condition of Pupil</i>)	Normal		Tidak Normal		Catatan/ (<i>Remark</i>):
(v)	Refleksi anak mata terhadap cahaya (<i>Light Reflex</i>)	Normal		Tidak Normal		Catatan/ (<i>Remark</i>):

(8) PENILAIAN STATUS MENTAL (MENTAL HEALTH ASSESSMENT)

(i)	Penampilan Diri (<i>General Appearance</i>)	Pemakaian (<i>Dressing</i>)		Kerapian (<i>Tidiness</i>)		Kesesuaian (<i>Appropriateness</i>)	
(ii)	Pertuturan/Percakapan (<i>Speech</i>)	Jelas (<i>Coherent</i>)		Berkaitan (<i>Relevant</i>)		Waras (<i>Rational</i>)	
(iii)	Keadaan Emosi (<i>Emotional/mood</i>)	Tertekan (<i>Depressed</i>)		Sungguh girang (<i>Elated</i>)		Biasa (<i>Normal</i>)	
(iv)	Halusinasi (<i>Hallucination</i>) (<i>e.g.auditory hallucination</i>)	Ada (Present)		Tiada (Absent)			
(v)	Keadaan Mental (<i>Mental Condition</i>)	Normal		Tidak Normal			
(vi)	Pernahkah pemohon menerima rawatan tradisional untuk gangguan mental (<i>Have applicant received any traditional treatment for mental illness</i>)	Ya		Tidak			

Catatan/
(*Remark*):

(vii) **Kecelakaan kepala yang serius**
(*Serious head injury*)

Ya	
----	--

Tidak	
-------	--

Catatan/
(Remark):

(viii) **Pernahkah pemohon cuba untuk membunuh diri**
(*Attempted suicide*)

Ya	
----	--

Tidak	
-------	--

Catatan/
(Remark):

(9) PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR (*MUSCULOSKELETAL SYSTEM EXAMINATION*)

(i) **Anggota atas**
(*Upper Limbs*)

Normal	
--------	--

Tidak Normal	
--------------	--

Catatan/
(Remark):

(ii) **Anggota bawah**
(*Lower Limbs*)

Baik	
------	--

Kurang Baik	
-------------	--

Catatan/
(Remark):

(iii) **Kolom Spina**
(*Spinal Column*)

Sama	
------	--

Tidak Sama	
------------	--

Catatan/
(Remark):

(iv) **Gaya Berjalan**
(*Gait*)

Normal	
--------	--

Tidak Normal	
--------------	--

Catatan/
(Remark):

(10) PEMERIKSAAN ORIFIS HERNIA (*HERNIAL ORIFICES*)

Normal	
--------	--

Tidak Normal	
--------------	--

Catatan/
(Remark):

(11) PEMERIKSAAN URO GENITAL (*URO GENITAL EXAMINATION*)

Normal	
--------	--

Tidak Normal	
--------------	--

Catatan/
(Remark):

(12) PEMERIKSAAN AIR KENCING (*URINE PREGNANCY TEST*)*

(Pegawai Wanita sahaja)

Positif	
---------	--

Negatif	
---------	--

Catatan/
(Remark):

(13) PEMERIKSAAN UJIAN SARINGAN H.I.V (*HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS TEST*)*

Positif	
---------	--

Negatif	
---------	--

Catatan/
(Remark):

(14) PEMERIKSAAN VIRUS HEPATITIS B (HEPATITIS B VIRUS TEST)*

Positif		Negatif		Catatan/ <i>(Remark):</i>
----------------	--	----------------	--	-------------------------------------

(15) PEMERIKSAAN VIRUS HEPATITIS C (HEPATITIS C VIRUS TEST)*

Positif		Negatif		Catatan/ <i>(Remark):</i>
----------------	--	----------------	--	-------------------------------------

(16) PEMERIKSAAN UJIAN DADAH (DRUG TEST)*

Positif		Negatif		Catatan/ <i>(Remark):</i>
----------------	--	----------------	--	-------------------------------------

- (17) Adakah pegawai sedang menjalani apa-apa rawatan untuk keadaan fizikal atau mental?**
(Is the student now under treatment for any physical or emotiopnal condition?)
-

- (18) Lain-lain cadangan berkenaan dengan kesihatan pegawai?**
(Any recommendations for the health care of this student?)
-

- (19) Daripada riwayat dan pemeriksaan fizikal, adakah pegawai merupakan pembawa apa-apa penyakit berjangkit?**
(By history and physical examination, is this student a carrier of any communicable diseases?)

- (20) Lain-lain pemeriksaan yang mana difikirkan perlu oleh Pegawai Perubatan yang memeriksa?**
(Any other examination which are thought to be necessary by the physician?)
-

(21) KEPUTUSAN (RESULT)

Sihat Tubuh Badan (<i>Medically Fit</i>)	
Tidak Sihat (<i>Medically unfit</i>)	
Keupayaan Terhad (<i>Limited Capability</i>)	

BAHAGIAN F**PERAKUAN PEGAWAI PERUBATAN**
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)**MUSTAHAK**

1. **Pemeriksaan HIV, Ujian Dadah, Hepatitis B, Hepatitis C dan *Urine Pregnancy Test (UPT)* yang bertanda (*) adalah diwajibkan kepada pegawai PSB dan PSL yang dijemput untuk menghadiri temu duga Latihan Separa Perubatan anjuran Kementerian Kesihatan Malaysia. Ujian UPT adalah dikhaskan kepada pegawai WANITA sahaja.**
2. Bagi memastikan pegawai tidak membahayakan kesihatan pesakit, Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) telah menetapkan pegawai yang telah disahkan sebagai **penagih dadah, menghidap SAKIT JIWA, Epilepsy (SAWAN), penyakit berjangkit kronik seperti Hepatitis B, Hepatitis C dan HIV/AIDS** adalah **TIDAK LAYAK** untuk mengikuti Latihan Separa Perubatan (Program Pra Perkhidmatan) di Institut Latihan Kementerian Kesihatan Malaysia (ILKKM).
3. Pegawai Perubatan juga dimohon supaya membuat pemeriksaan yang teliti terhadap pegawai terutama di bahagian abdomen, sempurna anggota badan dan status merokok.
4. Pegawai perlu bebas daripada penyakit yang boleh menjejaskan keupayaan untuk mengamalkan perubatan (*unfit to practice*) dari segi fizikal dan mental seperti **Lampiran A. Pegawai yang disahkan menghidapi penyakit seperti Lampiran A TIDAK LAYAK DILULUSKAN CUTI BELAJAR** seperti yang terkandung di dalam **Garis Panduan Dasar Pelaksanaan Tindakan Mengenakan Penalti kepada Pemegang Biasiswa dalam Perkhidmatan yang Gagal Menamatkan Pengajian dengan Jaya.**

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah memeriksa

No.KP pada..... dan mendapati:

Sila tandakan (✓) pada ruangan yang berkaitan:

Pegawai ini adalah **LAYAK** untuk dipertimbangkan sebagai calon bagi mengikuti Latihan Separa Perubatan di Institut Latihan Kementerian Kesihatan Malaysia (ILKKM).

Pegawai ini menghidap masalah kesihatan tetapi **LAYAK DIPERTIMBANGKAN** sebagai calon bagi mengikuti Latihan Separa Perubatan di Institut Latihan Kementerian Kesihatan Malaysia (ILKKM).

(Nama Penyakit:.....)

Pegawai ini adalah **TIDAK LAYAK** untuk dipertimbangkan sebagai calon bagi mengikuti Latihan Separa Perubatan di Institut Latihan Kementerian Kesihatan Malaysia (ILKKM) kerana **disahkan POSITIF salah satu elemen di butiran 12 hingga 16 ATAU/DAN disahkan menghidap penyakit kronik seperti di Lampiran A.**

(Nama Penyakit:.....)

Nama : _____
Jawatan : _____
No. Kad Pengenalan : _____
Tarikh Pemeriksaan : _____
No. Pendaftaran (MMC) : _____
Tandatangan dan Cap Rasmi : _____

JENIS-JENIS PENYAKIT KRONIK

- (a) Kanser;
- (b) Serangan jantung;
- (c) *Pulmonary Hypertension*;
- (d) Penyakit buah pinggang yang kronik;
- (e) Penyakit hati (*liver*) yang kronik;
- (f) Hepatitis;
- (g) Kecederaan di kepala disebabkan kemalangan;
- (h) Tumor dan kecacatan pembuluh darah di otak;
- (i) Melepuh dan melecur kerana kebakaran;
- (j) Pembedahan organ utama;
- (k) Penyakit *Parkinson*;
- (l) Penyakit HIV atau AIDS atau kedua-duanya;
- (m) Pembedahan kaki dan/atau tangan;
- (n) Skizofrenia;
- (o) Kecederaan atau kecacatan fizikal dan mental yang dialami semasa menjalani latihan atau kursus yang disahkan oleh Pakar Perubatan Kerajaan dan atau Pakar Perubatan yang diperakukan oleh penaja sebagai tidak sihat untuk meneruskan pengajian;
- (p) Lain-lain penyakit yang disahkan sebagai penyakit kronik dan tidak sihat untuk meneruskan pengajian oleh Pakar Perubatan Kerajaan dan atau Pakar Perubatan yang diperakukan oleh penaja.