

BORANG MAKLUMAT TAMBAHAN



SURUHANJAYA PERKHIDMATAN AWAM MALAYSIA
BORANG MAKLUMAT TAMBAHAN
PEMILIHAN LATIHAN SEPARA PERUBATAN

Borang ini hendaklah diisi dengan lengkap dan dibawa semasa sesi temu duga.

GAMBAR TERKINI CALON

- Ukuran: 3.5 cm × 5.0 cm (35 mm × 50 mm)
- Saiz wajah: 50%–60% daripada ruang gambar
- Ekspresi: Muka menghadap ke hadapan, mulut tertutup, dan muka/telinga jelas kelihatan
- Tanpa suntingan atau penggunaan AI

1. NAMA:

.....

(Huruf Besar Mengikut Kad Pengenalan)

2. NO. KAD PENGENALAN:

						-			-				
--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

3. ALAMAT SURAT MENYURAT:

.....

4. ALAMAT EMEL:

5. NO. TEL BIMBIT:

6. STATUS PERKAHWINAN:

7. NAMA URUSAN TEMU DUGA:

.....

(Contoh: Latihan Separa Perubatan Bertaraf Diploma (Gabungan 10 Latihan) Sesi Oktober 2026 – Semenanjung)

8. TARIKH TEMU DUGA:

9. PUSAT TEMU DUGA:

10.

SENARAIKAN JENIS LATIHAN MENGIKUT PILIHAN KEUTAMAAN (TURUTAN NOMBOR) BERDASARKAN KEPUTUSAN PSEE (LULUS SAHAJA)

SILA BACA SEBELUM ISI

- 1 Isi kumpulan yang terdiri daripada (1, 2, 3 dan seterusnya).
- 2 Isi **PILIHAN PALING UTAMA**.
- 3 Letakkan nombor 1 pada latihan yang paling anda minat.
- 4 Kemudian isi 2, 3 dan seterusnya bagi pilihan berikutnya.
- 5 Isi **HANYA** untuk latihan yang lulus PSEE sahaja.
- 6 Jangan isi jika tidak lulus / tidak ambil PSEE.
- 7 Jangan ulang nombor yang sama.
- 8 Kosongkan jika tidak berkenaan.
- 9 Keutamaan calon adalah selepas rujukan sahaja dan tertakluk kepada penilaian panel temu duga.
- 10 Keputusan panel temu duga adalah muktamad.

KEUTAMAAN (TURUTAN NOMBOR)	JENIS LATIHAN
<input type="text"/>	(1) JURURAWAT (PSL)
<input type="text"/>	(2) JURURAWAT
<input type="text"/>	(3) PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN
<input type="text"/>	(4) PENOLONG PEGAWAI KESIHATAN PERSEKITARAN
<input type="text"/>	(5) PENOLONG PEGAWAI FARMASI
<input type="text"/>	(6) JURU X-RAY (PENGIMEJAN PERUBATAN)
<input type="text"/>	(7) JURU X-RAY (RADIOTERAPI)
<input type="text"/>	(8) JURUTEKNOLOGI MAKMAL PERUBATAN
<input type="text"/>	(9) JURUPULIH PERUBATAN FISIOTERAPI
<input type="text"/>	(10) JURUPULIH PERUBATAN CARA KERJA
<input type="text"/>	(11) JURUTERAPI PERGIGIAN
<input type="text"/>	(12) JURUTEKNOLOGI PERGIGIAN
<input type="text"/>	(13) PEMBANTU PEMBIDANAN PROGRAM (SPLK)
<input type="text"/>	(14) PEMBANTU KESIHATAN AWAM (SPLK)

CONTOH: Contoh pengisian turutan tidak mengikut senarai: 1 = Farmasi, 2 = Jururawat, 3 = Penolong Pegawai Perubatan

NOTA: ■ Pastikan turutan keutamaan diisi berdasarkan minat dan keutamaan anda.
Turutan ini tidak menjamin penempatan.

11. MAKLUMAT AKADEMIK DAN STATUS PEKERJAAN CALON

(a) KELAYAKAN AKADEMIK

Sila tandakan (✓) **SEMUA** kelayakan akademik yang dimiliki (boleh pilih lebih daripada satu).

- SPM SVM STPM STAM
- Matrikulasi Asasi Diploma Ijazah Sarjana Muda
- Lain-lain: _____

MAKLUMAT KELAYAKAN (bagi pilihan Anda):

Bidang / Jurusan / Aliran: _____

Nama Institusi: _____

Tahun Tamat: _____ Keputusan / PNGK: _____

(Sila kemukakan dokumen sijil, skrol, transkrip akademik, surat senat atau sebarang dokumen yang berkaitan.)

(b) STATUS PENGAJIAN SEMASA

- Sedang mengikuti pengajian Tidak mengikuti pengajian

Jika sedang mengikuti pengajian, sila nyatakan:

Institusi: _____

Bidang / Kursus: _____

Peringkat:

- SVM STPM STAM Matrikulasi Asasi

- Diploma Ijazah Sarjana Muda Lain-lain: _____

Tahun mula pengajian: _____

(Sila kemukakan dokumen berkaitan jika berkenaan.)

(c) STATUS PEKERJAAN SEMASA

- Tidak bekerja Sedang bekerja

Jika sedang bekerja, sila nyatakan:

Jenis sektor:

- Kerajaan Swasta

Nama jawatan: _____

Nama majikan / jabatan: _____

Tarikh mula berkhidmat: _____

Bagi sektor Kerajaan sahaja:

Status lantikan:

- Tetap Kontrak Interim Kontrak MySTEP

Tarikh pengesahan jawatan (jika berkenaan):

NOTA:

- Pastikan semua maklumat diisi dengan lengkap dan tepat.
- Tandakan (✓) pada ruang yang berkenaan.
- Sila lampirkan semua dokumen sokongan yang berkaitan.

12. MAKLUMAT KESIHATAN

(a) MAKLUMAT KESIHATAN RINGKAS

1. Adakah anda merokok?

Ya Tidak

2. Adakah anda alah kepada darah?

Ya Tidak

3. Adakah anda mempunyai sebarang masalah berkaitan deria berikut?

Deria	Ya	Tidak
Penglihatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Pendengaran	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Bau	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rasa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sentuhan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika Ya, sila nyatakan (contoh: rabun warna, kurang pendengaran dan lain-lain):

4. Adakah anda pernah mengalami kemalangan serius?

Ya Tidak

Jika Ya, sila nyatakan: _____

5. Adakah anda pernah menjalani sebarang pembedahan?

Ya Tidak

Jika Ya, sila nyatakan: _____

(b) MAKLUMAT KESIHATAN TERPERINCI (LAMPIRAN A)

Sila rujuk dan lengkapkan Lampiran A: Maklumat Kesihatan Terperinci (WAJIB DIISI).

(c) SENARAI PENYAKIT KRONIK (LAMPIRAN B)

Sila rujuk dan lengkapkan Lampiran B: Senarai Penyakit Kronik (WAJIB DIISI).

(d) PENGAKUAN DAN KEBENARAN

Saya dengan ini mengakui bahawa semua maklumat yang diberikan dalam borang ini serta dalam Lampiran A dan Lampiran B adalah benar dan tepat.

Saya juga dengan ini memberi kebenaran kepada pihak tuan untuk mengemukakan maklumat tersebut kepada Kementerian Kesihatan Malaysia bagi tujuan yang berkaitan.

Tandatangan : _____

Nama : _____

Tarikh : _____

Sila tandakan (✓) pada ruangan yang berkenaan.

Bil	Jenis Penyakit / Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
1	Kecederaan Serius (<i>Serious Injury</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
2	Kahak Berdarah (<i>Blood Stained Sputum</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
3	Sakit Lelah (<i>Asthma</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
4	Batuk Kering/Tibi (<i>Tuberculosis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
5	Lain-lain penyakit paru-paru (<i>Other diseases of Lungs</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
6	Sengal-sengal Sendi (<i>Joint pains</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
7	Bengkak Kaki (<i>Swelling of Legs</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
8	Pening Kepala (<i>Giddiness</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
9	Burut (<i>Swelling of Scrotum</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
10	Angin Pasang (<i>Hernia</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
11	Ketulan di payudara (<i>Breast Lump</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
12	Sawan (<i>Fits</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
13	Kencing Manis (<i>Diabetes</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
14	Darah Tinggi (<i>Hypertension</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
15	Ketagihan Dadah (<i>Drug Addiction</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
16	Ketagihan Alkohol (<i>Alcohol Addiction</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
17	Gangguan Mental/Sakit Jiwa (<i>Psychiatric/Mental Illness</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
18	Kemurungan (<i>Depression</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
19	Sakit Kepala (<i>Headache</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
20	Migrain (<i>Migraine</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
21	Histena (<i>Hysteria</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
22	Pitam (<i>Blackout</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
23	Senggugut (<i>Dysmenorrhoea</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
24	Resdung (<i>Allergic Rhinitis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
25	Penyakit Jantung/Sakit Dada (<i>Heart Diseases/Chest Pain</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
26	Penyakit Tiroid (<i>Thyroid Diseases</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
27	Penyakit Buah Pinggang (<i>Kidney Diseases</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
28	Penyakit Gastrik (<i>Gastric</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
29	HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
30	Barah (<i>Cancer</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
31	Penyakit Kelamin (<i>STD</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
32	Leukemia (<i>Leukemia</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
33	Hepatitis (<i>Hepatitis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
34	Alahan (ubat/makanan/kontak) (<i>Allergic reaction to medicine/food/contact</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
35	Pembedahan (<i>Surgical Operation</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
36	Kecacatan (<i>Disability/Handicap</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
37	Penyakit-penyakit lain atau keceraan diri yang mudarat (<i>Other illnesses or serious personal injury</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
38	Sejarah Kesihatan Keluarga (<i>Family Medical History</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

MAKLUMAT INI ADALAH BERDASARKAN PENGAKUAN KENDIRI CALON.
CALON TIDAK PERLU MENJALANI SEBARANG PEMERIKSAAN PERUBATAN BAHARU
BAGI TUJUAN PENGISIAN BORANG INI.

Sila tandakan (✓) pada ruangan "Ada" atau "Tiada" bagi setiap penyakit berikut.

Bil.	Jenis Penyakit Kronik	Ada	Tiada
1.	Kanser;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Serangan jantung;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	<i>Pulmonary Hypertension</i> ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Sakit buah pinggang yang kronik;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Sakit hati (<i>liver</i>) yang kronik;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Fulminant Viral Hepatitis;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Kecederaan di kepala disebabkan kemalangan;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Tumor dan kecacatan pembuluh darah di otak;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Melepuh dan melecur kerana kebakaran;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Pemindahan organ utama;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Penyakit Parkinson;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Penyakit HIV dan Aids;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.	Pemindahan kaki dan / atau tangan;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.	<i>Chronic Skin Disease: Psoriasis, Pemphigus, Steven-Johnson Syndrome</i> ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.	<i>Mental Illness: Bipolar Disorders, Schizophrenia, Major Depression</i> ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.	<i>Endocrine Disease: Diabetes Mellitus With Complications</i> ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17.	<i>Rheumatology: Rheumatoid Arthritis, Systemic Lupus Erythematosus (SLE), Scleroderma, Mixed Connective Tissue Disorder, Ankylosing Spondylitis, Chronic Topacus Gout</i> ;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18.	Talasemia Major;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19.	Major Organ Transplant;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20.	Kecederaan atau kecacatan fizikal;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21.	Penyakit lain yang disahkan sebagai penyakit kronik oleh pakar perubatan berdaftar.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Nota:

Sekiranya calon mempunyai mana-mana penyakit kronik seperti yang dinyatakan di atas pada masa temu duga, calon hendaklah mengemukakan laporan perubatan berkaitan (jika ada) bagi tujuan pengesahan status penyakit.

Bagi No. 21, sila nyatakan: _____