



Ruj Kami: KKM.600-25/10/8 Jld. ()
Tarikh:

**PENGARAH/PENGUASA PERUBATAN/PEGAWAI PERUBATAN
HOSPITAL/KLINIK.....**
.....

YBrs.Dr/Tuan/Puan,

**PEMERIKSAAN DAN PENGESAHAN KESIHATAN BAGI CALON PELATIH PROGRAM
PRA PERKHIDMATAN (LATIHAN SEPARA PERUBATAN) DI INSTITUT LATIHAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (ILKKM)**

Adalah saya dengan hormatnya merujuk kepada perkara di atas.

Sukacita dimaklumkan bahawa encik/puan/cik
No. Kad Pengenalan telah terpilih untuk mengikuti sesi
temu duga Latihan Separa Perubatan oleh Suruhanjaya Perkhidmatan Awam bagi
program
pada di

2. Untuk makluman YBrs.Dr/tuan/puan, bidang pengajian yang akan diikuti di ILKKM
adalah merangkumi:

- 2.1. Modul akademik;
- 2.2. Gerak Kerja Kokurikulum (sukan, permainan dan aktiviti luar yang lasak); dan
- 2.3. Modul klinikal

3. Oleh yang demikian, calon perlu mendapatkan **pengesahan tahap kesihatan** yang
perlu disahkan oleh Pengamal Perubatan Berdaftar di Hospital/ Klinik Kerajaan/Swasta
atau Panel Doktor sahaja, melalui **Borang Pemeriksaan Perubatan seperti dilampirkan**.
Ini bagi memastikan calon berada dalam keadaan kesihatan yang terbaik dan tidak
menghidap sebarang masalah kesihatan yang boleh menjejaskan keupayaan calon mengikuti
Program Pra Perkhidmatan dengan jayanya.

4. Segala perbelanjaan pemeriksaan doktor adalah tanggungjawab calon berkenaan.
Kerjasama pihak YBrs.Dr/tuan/puan dalam hal ini amat dihargai dan diucapkan ribuan terima
kasih.

Sekian.

“MALAYSIA MADANI”
“BERKHIDMAT UNTUK NEGARA”

Setiausaha Bahagian
Bahagian Pengurusan Latihan
b.p. Ketua Setiausaha
Kementerian Kesihatan Malaysia

Borang ini hendaklah diserahkan semasa menghadiri sesi TEMU DUGA



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

**BORANG PEMERIKSAAN PERUBATAN
PEGAWAI SEDANG BERKHIDMAT (PSB) DAN PENINGKATAN SECARA LANTIKAN
(PSL) UNTUK PROGRAM PRA PERKHIDMATAN (LATIHAN SEPARA PERUBATAN)
DI INSTITUT LATIHAN KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (ILKKM)**

ARAHAN:

Pegawai hendaklah mengisi maklumat di **Bahagian A, B dan C** dan menyerahkan Borang ini **berserta surat panggilan temu duga** kepada pengamal perubatan berdaftar sebelum pemeriksaan perubatan dibuat.

Untuk tujuan pemeriksaan, pegawai hendaklah membawa kacamata (jika pernah memakainya) dan laporan Lembaga Perubatan (jika ada).

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.

MUSTAHAK:

Pemeriksaan *HIV/AIDS*, Ujian Dadah, *Hepatitis B*, *Hepatitis C* dan *Urine Pregnancy Test (UPT)* adalah diwajibkan kepada calon PSB dan PSL yang dijemput untuk menghadiri sesi temu duga Program Pra Perkhidmatan anjuran Kementerian Kesihatan Malaysia. (Ujian UPT adalah dikhaskan kepada calon WANITA sahaja.)

A. BIODATA

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

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

B. MAKLUMAT KESIHATAN PEGAWAI

[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.	Alahan (ubat/makanan/kontak) (<i>Allergic reaction to medicine/food/contact</i>)				
3.	Lelah/ Asma (<i>Asthma</i>)				
4.	Darah Tinggi (<i>Hypertension</i>)				
5.	Kencing Manis (<i>Diabetes</i>)				
6.	Sakit Jantung/dada (<i>Heart/Chest Pain</i>)				
7.	Gangguan Mental/Sakit Jiwa (<i>Mental Illness</i>)				
8.	Kemurungan (<i>Depression</i>)				
9.	Sakit Kepala (<i>Headache</i>)				
10.	Migrain (<i>Migraine</i>)				
11.	Sawan (<i>Epilepsy</i>)				
12.	HIV (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)				
13.	Penyakit Kelamin (<i>Sexually Transmitted Infections</i>)				
14.	Sakit Kuning (<i>Hepatitis</i>)				
15.	Kanser (<i>Cancer</i>)				
16.	Gastrik (<i>Gastritis</i>)				
17.	Ketagihan Dadah (<i>Drug addiction</i>)				
18.	Ketagihan Alkohol (<i>Alcohol addiction</i>)				
19.	Kecacatan anggota (<i>Physical Handicap</i>)				
20.	Angin Pasang (<i>Hernia</i>)				

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesehatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
21.	Buah Pinggang (<i>Kidney disease</i>)				
22.	Ketulan di payudara (<i>Breast lump</i>)				
23.	Tibi/ Batuk berpanjangan melebihi 2 minggu (<i>Cough >2 weeks</i>)				
24.	Lain-lain penyakit paru-paru (<i>Other diseases of lungs</i>)				
25.	Histeria (<i>Hysteria</i>)				
26.	Pitam (<i>Blackout</i>)				
27.	Senggugut (<i>Dysmenorrhoea</i>)				
28.	Kahak Berdarah (<i>Blood stained sputum</i>)				
29.	Sakit sendi (<i>Joint pain</i>)				
30.	Resdung (<i>Allergic Rhinitis</i>)				
31.	Penyakit Tiroid (<i>Thyroid Diseases</i>)				
32.	Leukemia (<i>Leukemia</i>)				
33.	Sejarah Pembedahan (<i>History of operations</i>)				
34.	Penyakit-penyakit lain atau kecederaan diri yang mudarat (<i>Other illnesses or serious personal injury</i>)				
35.	Sejarah Kesehatan Keluarga (<i>Family medical history</i>)				

2) Keadaan Panca Indera

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>)			

C. PENGAKUAN DAN KEBENARAN
(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

Pengakuan dan Kebenaran Pegawai

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 Kementerian Kesihatan Malaysia.

Tandatangan Pegawai : _____
Nama pegawai : _____
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 Saksi* : _____
Tarikh : _____
Cap Rasmi Jawatan : _____

***Pegawai dalam kumpulan Pengurusan dan Profesional dan ke atas dalam Perkhidmatan Awam sahaja.**

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 : _____

Cap Rasmi Jawatan : _____

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>)			

1) PEMERIKSAAN MATA (EYE)

i. Penglihatan
(*Vision*):

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

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

ii. Penglihatan warna
(*Colour Vision*):

Biasa
(*Normal*)

Luar Biasa
(*Abnormal*)

iii. Juling
(*Squint*):

Ada
(*Present*)

Tiada
(*Absent*)

2) PEMERIKSAAN TELINGA/PENDENGARAN (EAR/HEARING)

	Telinga Kanan (<i>Right Ear</i>)		Telinga Kiri (<i>Left Ear</i>)	
	Ya (<i>Yes</i>)	Tidak (<i>No</i>)	Ya (<i>Yes</i>)	Tidak (<i>No</i>)
	i. Adakah telinganya bernanah (<i>Any ear discharge</i>):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ii. Adakah terdapat timpanum berlubang (<i>Tympanic perforation</i>):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Biasa (<i>Normal</i>)	Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)	Biasa (<i>Normal</i>)	Luar Biasa (<i>Abnormal</i>)
iii. Pendengaran (<i>Hearing</i>):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) PEMERIKSAAN MULUT DAN KERONGKONG (ORAL AND THROAT)

	Ya (<i>Yes</i>)	Tidak (<i>No</i>)	
i. Pembesaran tonsil (<i>Enlarge tonsils</i>):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catatan/ (<i>Remark</i>):
ii. Lelangit bercelah (<i>Cleft Palate</i>):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catatan/ (<i>Remark</i>):
iii. Lain-lain abnormaliti yang teruk (<i>Any other severe abnormality</i>):	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Catatan/ (<i>Remark</i>):

4) PEMERIKSAAN DADA (CHEST)

i. Sifatnya (Character):	Normal		Abnormal		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		Abnormal		Catatan/ (Remark):
v. Auskultasi (Auscultation):	Normal		Abnormal		Catatan/ (Remark):

5) PEMERIKSAAN JANTUNG (HEART)

i. Saiz jantung (Heart size):	Normal		Abnormal		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

i. Hati (Liver):	Normal		Abnormal		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 (Knee jerk):	Normal		Abnormal		Catatan/ (Remark):
ii. Keadaan sentak pergelangan kaki (Ankle jerk):	Baik		Kurang Baik		Catatan/ (Remark):
iii. Keadaan sentak plantar (Plantar reflex):	Sama		Tidak Sama		Catatan/ (Remark):
iv. Keadaan anak mata (Condition of pupil):	Normal		Abnormal		Catatan/ (Remark):
v. Refleksi anak mata terhadap cahaya (Light reflex):	Normal		Abnormal		Catatan/ (Remark):

8) PENILAIAN STATUS MENTAL (MENTAL HEALTH ASSESSMENT)

i. Penampilan Diri (General Appearance):	Pemakaian (Dressing)		Kerapian (Tidiness)		Kesesuaian (Appropriateness)	
ii. Pertuturan/Percakapan (Speech):	Jelas (Coherent)		Berkaitan (Relevant)		Waras (Rational)	
iii. Keadaan Emosi (Emotional/mood):	Tertekan (Depressed)		Sungguh girang (Elated)		Biasa (Normal)	
iv. Halusinasi (Hallucination) (e.g. auditory hallucination):	Ada (Present)		Tiada (Absent)			
v. Keadaan Mental (Mental Condition):	Normal		Abnormal			
vi. Kecederaan kepala yang serius (Serious head injury):	Ya		Tidak			
Catatan/ (Remark):						
vii. Pernahkah pegawai cuba untuk membunuh diri (Attempted suicide):	Ya		Tidak			
Catatan/ (Remark):						

9) PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR (MUSCULOSKELETAL SYSTEM EXAMINATION)

i. Anggota atas (Upper Limbs):	Normal		Abnormal		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		Abnormal		Catatan/ (Remark):

10) PEMERIKSAAN ORIFIS HERNIA (HERNIAL ORIFICES)

Biasa (Normal)		Luar Biasa (Abnormal)		Catatan/ (Remark):
--------------------------	--	---------------------------------	--	------------------------------

11) PEMERIKSAAN URO GENITAL (untuk lelaki sahaja dan perempuan jika perlu):

Biasa (Normal)		Luar Biasa (Abnormal)		Catatan/ (Remark):
--------------------------	--	---------------------------------	--	------------------------------

12) PEMERIKSAAN AIR KENCING (URINE TEST)

Ujian (Test)	Keputusan (Result)
Gula (Sugar)	
Albumin (Albumin)	
Kehamilan (Pregnancy)	

13) PEMERIKSAAN UJIAN SARINGAN H.I.V (Human Immunodeficiency Virus)

Positif (Positive)		Negatif (Negative)		Catatan/ (Remark):
------------------------------	--	------------------------------	--	------------------------------

14) PEMERIKSAAN VIRUS HEPATITIS B (Hepatitis B Virus Test)

Positif (Positive)		Negatif (Negative)		Catatan/ (Remark):
------------------------------	--	------------------------------	--	------------------------------

15) PEMERIKSAAN VIRUS HEPATITIS C (Hepatitis C Virus Test)

Positif (Positive)		Negatif (Negative)		Catatan/ (Remark):
------------------------------	--	------------------------------	--	------------------------------

16) PEMERIKSAAN UJIAN DADAH (DRUG TEST)

Positif <i>(Positive)</i>	
-------------------------------------	--

Negatif <i>(Negative)</i>	
-------------------------------------	--

Catatan/
(Remark):

17) Pernahkah pegawai menerima rawatan di mana-mana fasiliti kesihatan/ tradisional untuk masalah gangguan mental seperti berikut:

(Have applicant received treatment from any health facilities/ traditional for mental illness as below:)

Sila tandakan (✓) pada ruangan yang berkaitan:

<i>Bipolar Disorders</i>	
<i>Schizophrenia</i>	
<i>Major Depression</i>	

18) Adakah pegawai sedang menjalani apa-apa rawatan untuk keadaan fizikal?

(Is the applicant now under treatment for any physical condition?)

19) Lain-lain cadangan berkenaan dengan kesihatan pegawai?

(Any recommendations for the health care of this student?)

20) 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?)

21) Lain-lain pemeriksaan yang mana difikirkan perlu oleh Pegawai Perubatan yang memeriksa?

(Any other examination which are thought to be necessary by the physician?)

22) KEPUTUSAN (RESULT)

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

F. PERAKUAN PEGAWAI PERUBATAN
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

MUSTAHAK:

1. Bagi memastikan pegawai tidak membahayakan kesihatan pesakit, Kementerian Kesihatan Malaysia telah menetapkan pegawai yang telah disahkan **positif ujian air kencing** bagi dadah yang disenaraikan di bawah Akta Dadah Berbahaya 1952, menghidap **gangguan mental** termasuk *Bipolar Disorders, Schizophrenia, Major Depression*, menghidap *Epilepsy*, atau menghidap penyakit berjangkit seperti *Hepatitis B, Hepatitis C & HIV/AIDS* adalah **TIDAK LAYAK** untuk mengikuti Program Pra Perkhidmatan di Institut Latihan Kementerian Kesihatan Malaysia (ILKKM).
2. Pegawai Perubatan juga dimohon supaya melaksanakan pemeriksaan kesihatan yang teliti terhadap pegawai terutama di bahagian abdomen, **kesempurnaan anggota badan** dan status merokok bagi menentukan kesesuaian calon pelatih untuk mengikuti latihan di ILKKM. **Pegawai Perubatan adalah bertanggungjawab terhadap maklumat, cadangan dan sokongan berkaitan kesihatan pegawai yang dinyatakan di dalam borang ini.**
3. **Pegawai perlu bebas daripada penyakit yang boleh menjejaskan keupayaan untuk mengamalkan perubatan (*unfit to practice*) secara fizikal dan mental seperti Lampiran A. Pegawai yang disahkan menghidap penyakit seperti di Lampiran A **TIDAK LAYAK DIPERAKUKAN** untuk latihan dan **CUTI BELAJAR** seperti yang terkandung dalam Garis Panduan Program Pra Perkhidmatan bagi Pegawai Kerajaan Persekutuan Kementerian Kesihatan Malaysia dan dasar latihan yang berkuatkuasa.**

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa

No.K.P: pada.....

dan mendapati:

Sila tandakan (✓) pada ruangan yang berkaitan:

Pegawai ini adalah **LAYAK** untuk mengikuti Program Pra Perkhidmatan (Latihan Separa Perubatan) di Institut Latihan Kementerian Kesihatan Malaysia (ILKKM) dan:

PERLU mengikuti program rawatan merokok yang dianjurkan oleh KKM

TIDAK PERLU mengikuti program rawatan merokok yang dianjurkan oleh KKM

Pegawai ini adalah **TIDAK LAYAK** untuk mengikuti Program Pra Perkhidmatan (Latihan Separa Perubatan) kerana **disahkan POSITIF salah satu elemen di butiran 12 hingga 16; dan/atau menghidap salah satu atau lebih penyakit di butiran 17.**

**PERAKUAN PEGAWAI PERUBATAN
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)**

Tandatangan : _____

Nama : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Jawatan : _____

No. Pendaftaran (MMC) : _____

Tarikh : _____

Cap Rasmi : _____

Senarai Jenis-Jenis Penyakit Kronik

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