

MEDICAL ATTENDANT'S CERTIFICATE SIJIL PEGAWAI PERUBATAN

TOTAL & PERMANENT DISABILITY CLAIM / TUNTUTAN KEILATAN & HILANG UPAYA KEKAL

To be completed by the Attending Physician/Surgeon at the Claimant's Own Expenses
 Untuk dilengkapkan oleh Pakar Perubatan/Pakar Bedah yang merawat dengan perbelanjaan yang ditanggung sendiri oleh penuntut

CERTIFICATE NO./POLICY NO. / NO. SIJIL/NO. POLISI: _____

A. PATIENT DETAILS / MAKLUMAT PESAKIT

Name of Patient / Nama Pesakit:

NRIC No. / No. Kad Pengenalan:

New / Baru - -

Sex / Jantina: Male / Lelaki Female / Perempuan

Old / Lama

Age / Umur: years / tahun

Are you the patient's usual physician? / Adakah anda doktor tetap pesakit?

Yes / Ya No / Tidak If yes, for how long? / Jika ya, sudah berapa lama? _____

B. HISTORY & DIAGNOSIS / LATAR BELAKANG & DIAGNOSIS

1. To be completed if disability was caused by an ACCIDENT / Untuk dilengkapkan jika hilang upaya disebabkan oleh KEMALANGAN

If Due to An Accident / Jika Disebabkan oleh Kemalangan

(a) Date of accident / Tarikh kemalangan:

 - -

(b) Time / Masa: _____

(c) Where / Di mana: _____

(d) Nature of Accident / Jenis Kemalangan: _____

(e) When did you first consult the patient for accident? / Bilakah anda pertama kali merawat pesakit untuk kemalangan ini?

 - -

(f) What were the extent of the injuries? / Apakah tahap kecederaan yang dialami? _____

(g) Was there any amputation involved? If yes, please indicate which part of the body.

Adakah kecederaan melibatkan amputasi badan? Jika ada, sila nyatakan bahagian mana.

Yes / Ya No / Tidak Part of body amputated / Bahagian badan yang diamputasi: _____

(h) Was the patient under influence of alcohol or drug? / Adakah pesakit ini di bawah pengaruh alkohol atau dadah?

Yes / Ya No / Tidak Amount of Alcohol in blood / Amaun alkohol di dalam darah _____ (mg/dL)

2. To be completed if disability was caused by ILLNESS / Untuk dilengkapkan jika hilang upaya disebabkan oleh PENYAKIT

If Due to Illness / Jika Disebabkan oleh Penyakit

(a) The date when symptoms first appeared / Tarikh simptom-simptom mula terjadi

 - -

(b) Symptoms and complaint presented by the patient / Simptom-simptom dan aduan yang dinyatakan oleh pesakit _____

(c) Date of first consultation / Tarikh rundingan rawatan pertama

 - -

(d) Clinical and physical finding during first consultation? / Keputusan klinikal dan fizikal semasa rundingan pertama? _____

(e) Date the patient was informed of the diagnosis? / Tarikh diagnosis dimaklumkan kepada pesakit?

 - -

(f) What was the diagnosis and how was the diagnosis arrived at? What tests were carried out?
 Apakah yang didiagnosis dan bagaimana diagnosis dicapai? Apakah ujian yang dijalankan? _____

(g) How long had the patient been suffering from the illness or its related conditions? / *Berapa lamakah pesakit sudah mengalami penyakit ini atau yang seumpamanya?*

(h) If the patient was referred from a clinic or hospital, please state / *Jika pesakit telah dirujuk daripada klinik atau hospital, sila nyatakan*

a) Name of Physician / *Nama Pakar:*

b) Name and Address of Clinic/Hospital / *Nama dan Alamat Klinik/Hospital:*

(i) Have you any knowledge of patient suffering from other illness or related condition? Please specify the illness or condition and when it was diagnosed? *Adakah anda mengetahui apa-apa tentang pesakit menghadapi penyakit lain atau keadaan yang berkaitan? Sila nyatakan penyakit atau keadaan tersebut dan bila ia didiagnosis?*

j) The date when the patient was first absent from work due to the condition / *Tarikh pesakit mula tidak bekerja akibat keadaan tersebut*

- -

3. Details of consultations and treatments rendered by you / *Butir-butir rundingan dan rawatan yang diberikan oleh anda*

Date/Period (DD/MM/YYYY) <i>Tarikh/Jangkamasa (HH/BB/TTTT)</i>	Details of Treatment <i>Butir-butir Rawatan</i>	Investigation/Special Procedures <i>Penyiasatan/Prosedur Khas</i>
---	--	--

C. CURRENT HEALTH OF THE PATIENT / KESIHATAN SEMASA PESAKIT

1. Is his disability recovered, improved, not improved or deteriorates / *Adakah hilang upaya pesakit sudah pulih, semakin baik, tiada perubahan atau semakin buruk*

Recovered / *Pulih* Improved / *Semakin baik* Stationary / *Tiada perubahan* Deteriorates / *Semakin buruk*

2. Current state of mobility / *Keadaan mobiliti semasa*

Ambulatory / *Ambulatori* Home confined / *Terbatas di rumah* Bed confinement / *Terbatas di katil* Hospital confined / *Terbatas di hospital*

3. Please describe the patient's power of limbs (reading from 0 to 5) / *Sila nyatakan kekuatan anggota badan pesakit (bacaan dari 0 hingga 5)*

0 - No power / *Tiada kekuatan langsung*

5 - Full power / *Kekuatan yang penuh*

Right upper limb / *Anggota kanan bahagian atas*

Left upper limb / *Anggota kiri bahagian atas*

Right lower limb / *Anggota kanan bahagian bawah*

Left lower limb / *Anggota kiri bahagian bawah*

4. Please describe the current physical or mental impairment of the patient / *Sila nyatakan keadaan fizikal atau mental semasa pesakit*

5. To what extent the patient's disability prevent him/her from performing all the normal duties of his usual occupation?

Sehingga tahap manakah hilang upaya pesakit menghalang beliau daripada melakukan kerja yang biasa dilakukan di dalam pekerjaannya?

6. In your opinion, if he/she is unable to return to his/her usual occupation, can he/she engage in other type of occupation which is reasonably by education, training and experience? / *Mengikut pandangan anda, jika beliau tidak dapat melakukan pekerjaan asalnya, adakah beliau boleh melakukan kerja lain yang sepadan dengan kelayakannya, latihannya dan pengalamannya?*

7. How do you assess the patient's degree of limitation in performing the following activities:-

Bagaimanakah anda menilai kemampuan pesakit melakukan aktiviti-aktiviti seperti yang dibawah:-

Activities <i>Aktiviti</i>	Not Limited <i>Tidak Terhad</i>	Mildly Limited <i>Sedikit Terhad</i>	Moderately <i>Sederhana Terhad</i>	Several <i>Sangat Terhad</i>	Incapable <i>Tidak Upaya</i>
Seeing/Vision / <i>Daya penglihatan</i>					
Lifting/Carrying / <i>Mengangkat/Membawa</i>					
Standing / <i>Berdiri</i>					
Walking / <i>Berjalan</i>					
Driving / <i>Memandu</i>					
Working with both hands <i>Bekerja dengan menggunakan kedua-dua belah tangan</i>					
Climbing stairs / <i>Menaiki tangga</i>					
Eating / <i>Makan</i>					
Bathing / <i>Mandi</i>					
Dressing / <i>Memakai Pakaian</i>					
Using the lavatory / <i>Menggunakan tandas</i>					

DECLARATION / PENGAKUAN

I hereby certify that I have personally examine and treated the patient for his/her injuries/illness described above and the facts as stated above represent my medical opinion of his/her condition.

Saya mengisytiharkan bahawa saya sendiri telah menjalankan pemeriksaan dan merawat kecederaan/penyakit pesakit seperti yang disebutkan di atas dan fakta-fakta di atas merupakan pendapat saya dari segi perubatan terhadap keadaannya.

Signature of Attending Physician
Tandatangan Pakar Perubatan

Qualification / *Kelayakan*

Name & Address (Official Stamp)
Nama & Alamat (Cop Rasmi)

Contact No. / *No. untuk dihubungi*

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

Date / *Tarikh:*

D	D	-	M	M	-	Y	Y	Y	Y
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---