

PERTUBUHAN KESELAMATAN SOSIAL
Menara PERKESO, 281, Jalan Ampang, 50538 Kuala Lumpur

KESALAHAN MEMALSUKAN MAKLUMAT LAPORAN PERUBATAN

- **Seksyen 93, Akta Keselamatan Sosial Pekerja 1969 / Seksyen 71, Akta Keselamatan Sosial Pekerjaan Sendiri 2017 / Seksyen 78, Akta Keselamatan Sosial Suri Rumah 2022** menetapkan hukuman penjara sehingga 2 tahun *atau* denda tidak melebihi RM10,000 *atau* kedua-duanya sekali.
- **Seksyen 18, Akta Suruhanjaya Pencegahan Rasuah Malaysia 2009** menetapkan hukuman penjara sehingga 20 tahun dan denda RM10,000 *atau* 5 kali nilai tuntutan palsu, mana yang lebih tinggi.
- **Seksyen 193, Kanun Keseksaan** menetapkan hukuman penjara sehingga 7 tahun dan denda.

LAPORAN PERUBATAN (PENYAKIT KHIDMAT) / MEDICAL REPORT (OCCUPATIONAL DISEASE)

(Borang ini hendaklah dilengkapkan oleh doktor atau pegawai perubatan hospital atau klinik yang merawat pesakit berkenaan sahaja / *This form must be completed by the doctor or medical officer of the hospital or clinic treating the patient only*)

PERHATIAN: Laporan perubatan ini hanya sah dalam tempoh enam (6) bulan dari tarikh dikeluarkan
(ATTENTION: This medical report is valid for six (6) months from the date of issue)

1. Maklumat Pesakit / *Patient's Particular* :

1.1 Nama / Name : _____

1.2 Umur / Age : _____ tahun / *year-old* 1.3 Keturunan / Race : _____

1.4	No. Kad Pengenalan / <i>NRIC</i> :						-			-		
-----	------------------------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--

[illegible]

1.5 Jantina / Sex : Lelaki / *Male* () Wanita / *Female* ()

1.6 Nama dan alamat majikan (jika masih bekerja) / *Name and address of employer (if employed)* :

1.7 Tarikh pemeriksaan perubatan / *Date of medical examination* : _____

1.8 Tempat pemeriksaan perubatan / *Place of medical examination* : _____

2. Dokter yang merawat / *Attending Doctor* : _____

3. Berapa lama dokter merawat pesakit ini / *How long doctor have been treating the patient* : _____

4. Rawatan terkini / *Present treatment* :

Perincian penyakit. Adakah ia berkaitan pendedahan bahaya di tempat kerja? / *Detail of the complaint. Is it related to the hazard exposure in the workplace?*

5. Perincian rawatan terdahulu (termasuk keadaan perubatan & pembedahan) / *Detail of the past treatment (including previous medical & surgical conditions)* :

6. Ulangkaji sistem (selain daripada sistem utama) / *Review of system (other than the main system)* :

7. Kaitan keluarga/ peribadi & sosial yang berkaitan (hobi, merokok, ubat-ubatan & sejarah persekitaran) / *Relevant family / personal & social (hobbies, smoking, medication & environment history)* :

8. Sejarah pekerjaan / *Occupational history* :

Jenis kerja @ industri / <i>Type of work @ industry</i>	Nyatakan kerja yang dilakukan / <i>Specify the work done</i>	Tempoh pekerjaan / <i>Employment dates</i>	Bahaya / <i>Hazards</i>

9. Pemeriksaan klinikal : Pemeriksaan am dan khusus organ sasaran / *Clinical Examination : General and specific examination of target organs* :

10. Ulangkaji pemeriksaan sistem lain (pernafasan, kulit, kardiovaskular, GIT (hati & limpa), buah pinggang, mental, sistem saraf pusat/ periferi dan lain-lain (nyatakan) :
Review of other system examination (respiratory, skin, cardiovascular, GIT (liver, spleen), kidney, mental status, central/ peripheral nervous system, others (specify) :

11. Siasatan (hasil pemantauan di tempat kerja) / *Investigation (workplace monitoring results) :*

Sebutkan bahaya khusus yang terdapat di tempat kerja dan jumlah tahap pendedahan peribadi & tempat kerja. Untuk bahan kimia lampirkan ringkasan laporan penilaian risiko kesihatan kimia (CHRA). Untuk bunyi bising (lampirkan laporan / peta bunyi oleh pihak yang kompeten.

Mention the specific hazards that are present in the workplace and the amount of personal & workplace exposure levels. For chemicals attach summary of chemical health risk assessment report (CHRA). For noise (attach together noise report/ map by competent person.

12. Ujian makmal am (pemeriksaan darah & air kencing) / *General laboratory test (blood & urine examination):*

13. Nyatakan ujian pengesahan (contohnya: sinaran-X dada, spirometry, audiogram bersiri, ABER, tympanogram, tampalan skim dan lain-lain.

Specify the confirmatory tests (e.g: chest X-ray, spirometry, serial audiogram, ABER, tympanogram, skim patch etc.)

14. Diagnosa akhir PENYAKIT KHIDMAT (mengikut Klasifikasi Antarabangsa Penyakit ICD 10) / *Final diagnosis of OCCUPATIONAL DISEASE (according to International Classification of Diseases ICD 10)*

Tarikh diagnosis / *Date of diagnosis* : _____

Kes ini telah dilaporkan kepada Jabatan Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan / *Has the case been notified to Department of Occupational Safety and Health?* Ya / Yes () Tidak / No ()

Saya mengaku bahawa segala maklumat yang dinyatakan adalah lengkap dan benar / *I hereby certify that the statements given are complete and true.*

Tandatangan doktor yang mengeluarkan laporan perubatan
Signature of the doctor who issued the medical report

Tarikh / *Date* : _____

Cop rasmi hospital @ klinik / *Hospital @ clinic official stamp*

Nama penuh doktor kesihatan pekerjaan
Full name of occupational health doctor