

13. Have you ever treated the patient for other illness or related conditions? If yes please give details:

Pernahkah anda merawat pesakit untuk penyakit atau keadaan berkaitan yang lain? Jika ya, sila berikan butir-butirnya

Date/ Tarikh

Diagnosis/ Diagnosis

Treatments/ Rawatan

14. From your patient's records, whom did the patient see for treatments (regardless of what illness) prior to the onset of such disability. / *Dari rekod pesakit, siapakah yang merawatnya (untuk apa-apa penyakit) sebelum hilang upaya bermula.*

Name & Address
Nama & alamat

Dates
Tarikh

Complaints
Aduan

Treatments
Rawatan

15. Was she / he a referral case. Please provide the details of the referral doctor (name and address).

Adakah pesakit dirujuk oleh doktor lain? Jika ya, sila berikan nama dan alamat doktor tersebut.

16. Is the patient undergoing any form rehabilitation.

What are the chances of recovery?

Adakah pesakit menjalani apa-apa proses pemulihan? Adakah pesakit mempunyai peluang sembuh?

17. Are you anticipating any physiological condition that would permanently effect him/her to resume employment.

Adakah anda menjangka sebarang keadaan fisiologi yang akan menjejaskan secara kekal peluang pesakit untuk bekerja semula?

18. Any further information, clinical or otherwise which will assist us in assessing the claim.

Sebarang maklumat lanjut, klinikal atau sebaliknya yang dapat membantu kami memproses tuntutan ini.

19. **When** did you first treat the patient? And **when** was the last consultation date? What was the date the patient certified to be total and permanently disabled.

Bilakah anda mula-mula merawat pesakit dan bila tarikh rawatan terakhir? Sila nyatakan tarikh pesakit disahkan sebagai orang yang hilang upaya total dan kekal.

20. **What** is the expected recovery in the next 12 months?

Jangkaan pemulihan dalam tempoh 12 bulan akan datang.

21. In your opinion, could the patient resume any work for which he/she is reasonably fitted by education, training and experience. If yes, please specify.

Pada pendapat anda, adakah pesakit mempunyai peluang pekerjaan yang bersesuaian dengan kelulusan, latihan dan pengalamannya? Jika ya, sila nyatakan.

22. Please describe any activities or functions that the patient should be restricted or prohibited from, due to his/her disability, if undertaken would endanger others.

Sila nyatakan apa-apa aktiviti atau fungsi yang tidak boleh dilakukan oleh pesakit akibat hilang upayanya yang, jika dilakukan juga, akan membahayakan orang lain?

23. Please describe the physical and cognitive functions which are totally loss as a result of his/ her disability.

Sila nyatakan fungsi fizikal dan kognitif yang hilang seluruhnya akibat hilang upaya pesakit

Recovered Pulih
 Improved Bertambah baik
 No improvement Tiada perubahan
 Deteriorating Bertambah teruk

24. How would you assess the patient's degree of limitation in performing the following activities:

Bagaimana anda menilai tahap kemampuan pesakit melakukan aktiviti berikut:

	Not Limited <i>Tidak Terbatas</i>	Mildly Limited <i>Sedikit Terbatas</i>	Moderately Limited <i>Sederhana Terbatas</i>	Severly Limited <i>Amat Terbatas</i>	Incapable <i>Tidak boleh melakukan</i>
1 Seeing/ Vision <i>Melihat/penglihatan</i>	1 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2 Hearing/ Sound <i>Pendengaran/ bunyi</i>	2 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3 Reasoning / Thinking / Mental Faculty <i>Pertimbangan Pemikiran/ fakulti mental</i>	3 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4 Lifting & carrying <i>Mengangkat & Membawa</i>	4 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5 Standing/ <i>Berdiri</i>	5 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6 Walking/ <i>Berjalan</i>	6 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7 Changing posture <i>Bertukar postur/ Kedudukan</i>	7 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8 Bending/ <i>Membongkok</i>	8 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9 Driving/ <i>Memandu</i>	9 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 Working with both hands <i>Bekerja dengan menggunakan kedua-dua belah tangan</i>	10 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 Squating/ <i>Mencangkung</i>	11 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 Kneeling/ <i>Melutut</i>	12 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13 Climbing stairs <i>Menaiki tangga</i>	13 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14 Crawling/ <i>Merangkak</i>	14 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15 Eating/ <i>Makan</i>	15 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16 Bathing/ <i>Mandi</i>	16 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17 Dressing/ <i>Memakai pakaian</i>	17 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18 Using the lavatory <i>Menggunakan tandas</i>	18 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19 Reach above shoulders <i>Mencapailmenjangkau atas bahu</i>	19 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20 Walk on uneven surface <i>Berjalan di permukaan tidak rata</i>	20 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21 Inability to move in/out of chair <i>Ketidakupayaan untuk duduk atau bangun dari kerusi</i>	21 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22	22 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23	23 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24	24 <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

25. Patient can use hand for repetitive action:

Pesakit boleh menggunakan tangan untuk perbuatan berulang:

	Right hand/ Tangan kanan		Left hand/ Tangan kiri	
	Yes/ Ya	No/ Tidak	Yes/ Ya	No/ Tidak
1 Simple grasping <i>Genggaman biasa</i>	1 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
2 Fine manipulating <i>Manipulasi rumit</i>	2 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
3 Forearm rotation/movement <i>Putaran/pergerakan lengan bawah</i>	3 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
4 Power grip <i>Genggaman kuat</i>	4 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
5 Pushing / Pulling <i>Menolak/ Menarik</i>	5 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
6 _____	6 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
7 _____	7 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
8 _____	8 <input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Signature of the Medical Officer-in-Charge

Tandatangan Pegawai Perubatan

Name/ Nama:

Tel No/ No tel:

Official Stamp & Address/ Cop Rasmi & Alamat

Date/ Tarikh:

Sekiranya wujud sebarang percanggahan atau pertikaian dalam penggunaan istilah dan / atau terma-terma di dalam risalah ini, rujukan akan dibuat mengikut risalah yang dikeluarkan di dalam Bahasa Inggeris.