

PEGAWAI PERUBATAN TETAP/ KONTRAK

SENARAI SEMAK DOKUMEN SEMASA SESI TEMUDUGA

Penting: Setiap dokumen hendaklah dikemukakan dalam dua (2) salinan yang lengkap dan disahkan

		Diisi oleh:	
		Calon	Jawatankuasa Teknikal
1.	Borang Permohonan Online;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Lampiran 1 (Borang Maklumat Perkhidmatan);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Borang <i>Referee</i> (Borang R);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.	Salinan <i>Medical Report</i> (Laporan Perubatan) (jika berkaitan);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Surat (<i>Covering letter</i>) daripada Jabatan/Tempat Bertugas dengan sokongan/ulasan dari segi kebenaran mengikuti Latihan/kesesuaian bidang;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Salinan Keputusan Peperiksaan seperti dalam Syarat-syarat khusus (jika berkaitan);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Salinan Kenyataan Perkhidmatan yang telah dikemaskini dan disahkan;	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Salinan Surat Pengesahan Jawatan daripada Suruhanjaya Perkhidmatan Awam (SPA);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Salinan Sijil Pendaftaran Penuh dengan Majlis Perubatan Malaysia (MPM);	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Salinan Dokumen sokongan yang lain (contoh : Salinan Kad Pengenalan, sijil SPM, sijil-sijil dan transkrip).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

PERAKUAN PEMOHON	
Nama:	
Jawatan:	
Jabatan:	

UNTUK KEGUNAAN JAWATANKUASA TEKNIKAL	
Nama: Cop Jabatan: Tarikh:	
UNTUK KEGUNAAN BPL	
Nama: Cop Jabatan: Tarikh:	

BORANG MAKLUMAT PERKHIDMATAN

A LATIHAN SEMASA HOUSEMAN			
	Disiplin (sila nyatakan)	Tempat Latihan	Ketua/Pakar
1.			
2.			
B SEJARAH PERKHIDMATAN			
	Tarikh dan tempoh masa penempatan	Hospital/Jabatan/Unit	Pakar Perunding
C REFEREE			
<p><i>(Sila namakan referee yang berpengetahuan mengenai kemahiran klinikal anda dan juga merupakan immediate supervisor. Referee tersebut hendaklah mengisikan Borang R dengan lengkap seterusnya mengemukakan bersama dengan borang permohonan ke Bahagian Pengurusan Latihan, KKM)</i></p> <p>Referee 1 Nama: Jawatan: Tempat Bertugas:</p>			

Referee 2

Nama: _____ :

Jawatan: _____ :

Tempat Bertugas: _____ :

D PENERBITAN / PENYELIDIKAN / PENYAMPAIAN KERTAS KERJA

(Sila senarai mengikut tahun)

1. _____

2. _____

3. _____

E PENGLIBATAN DALAM ORGANISASI PROFESIONAL

(Sila senarai mengikut tahun)

1. _____

2. _____

3. _____



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
BAHAGIAN PENGURUSAN LATIHAN

BORANG REFEREE
LATIHAN PARALLEL PATHWAY DENGAN TAJAAN HLP/ BIASISWA, KKM

NOTA:

Referee mestilah terdiri daripada 1 Ketua Jabatan bidang berkenaan dan 1 Pakar Klinikal yang mempunyai pengetahuan mengenai kemahiran klinikal calon atau merupakan immediate supervisor. Borang referee ini adalah sulit dan perlu diberikan terus kepada BPP ke alamat urusetiaparallel@moh.gov.my

LAPORAN REFEREE

NAMA CALON : _____

NAMA REFEREE : _____

BIDANG YANG DIPOHON : _____

Beri komen/ulasan anda mengenai calon tersebut dalam perkara –perkara berikut:

1. HUBUNGAN DENGAN STAF, PESAKIT DAN KELUARGA PESAKIT:

2. KOMITMEN TERHADAP KERJA, KERJA BERPASUKAN DAN MEMPUNYAI KUALITI-KUALITI PEMIMPIN :

3. PENGETAHUAN DAN “PROFESSIONAL SKILLS” :

4. PENGLIBATAN DALAM PENYELIDIKAN DAN LATIHAN :

5. KESESUAIAN UNTUK MENJALANI LATIHAN PARALLEL PATHWAY DENGAN HLP KKM :

Tandatangan Referee : _____

Cop Rasmi Referee : _____

Tarikh : _____

Borang ini hendaklah diisikan dengan lengkap oleh *Referee* dan dikemukakan bersama-sama dengan dokumen lain semasa temuduga kepada pihak Urus Setia Temuduga (Jawatankuasa Teknikal)



**KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
(MINISTRY OF HEALTH MALAYSIA)**

**BORANG PENGAKUAN DAN PEMERIKSAAN KESIHATAN
(HEALTH DECLARATION AND MEDICAL EXAMINATION FORM)**

Calon-calon hendaklah mengisi maklumat di **Bahagian A** dan serahkan borang kepada Pegawai Perubatan yang diiktiraf untuk mengisi maklumat **di Bahagian B.**
(Section A to be completed by student and Section B to be completed by certified physician)

Sila gunakan pen mata bola **HITAM** sahaja untuk mengisi borang ini
*(Kindly use **BLACK** ink ball pen only to fill up this form)*

MAKLUMAT PERIBADI (PERSONAL DETAILS) :

Nama *(Name)* : _____

No. K/P *(I/C No.)* : _____

Alamat *(Address)* : _____

No. Tel. *(Tel. No.)* : _____

Taraf Perkahwinan *(Marital Status)* : _____

Tarikh Lahir *(Date of Birth)* : _____

Tempat Lahir *(Place of Birth)* : _____

Nama, Hubungan, Alamat dan No. Untuk Dihubungi Waris

(Name, relationship, address and contact no. of next of kin) :

BAHAGIAN A (SECTION A)

Tandakan √ di ruang berkaitan (Please mark √ in appropriate column)

PENGAKUAN KESIHATAN (HEALTH DECLARATION) :

Pernahkah anda mengalami masalah-masalah kesihatan berikut :

(Have you ever suffered any of the following conditions) :

	YA (YES)	TIDAK (NO)	Jika ya, nyatakan butiran lanjut (If yes, please give details)
(i) Kahak Berdarah (Blood Stained Sputum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ii) Sakit Lelah (<i>Asthma</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(iii) Batuk Kering/Tibi (Tuberculosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(iv) Lain-lain Penyakit Paru-paru (Other Lung Diseases)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(v) Sengal-sengal Sendi (Joint Pains)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(vi) Bengkak Kaki (Swelling of Legs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(vii) Pening Kepala (<i>Giddiness</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(viii) Burut (<i>Hernia</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(ix) Sawan (<i>Epilepsy</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(x) Kencing Manis (<i>Diabetes</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(xi) Darah Tinggi (<i>Hypertension</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(xii) Ketagihan Dadah (Drug Addiction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(xiii) Sakit Jiwa (Psychiatric Illness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(xiv) Migrain (<i>Migraine</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(xv) Histeria (<i>Hysteria</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(xvii)	Penyakit Jantung (Heart Diseases)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(xix)	Penyakit Buah Pinggang (Kidney Diseases)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(xxi)	HIV / AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(xxiii)	Penyakit Kelamin (<i>STD</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(xxv)	Hepatitis (<i>Hepatitis</i>)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(xxvii)	Pembedahan (Surgical Operation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(xxix)	Penyakit-penyakit Lain atau Kecelakaan Diri yang Mudarat (Other illnesses or serious personal injury)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(xxx)	Sejarah Kesihatan Keluarga (Family Medical History)			

.....

Saya dengan ini mengaku bahawa segala maklumat yang dinyatakan di atas adalah benar dan lengkap. Saya bersetuju sekiranya terdapat maklumat yang tidak benar atau sengaja tidak menyatakan perihal sebenar di dalam borang ini akan menyebabkan saya tidak dibenarkan mengikuti program yang ditawarkan, atau menghadapi kemungkinan ditamatkan daripada program. Saya dengan ini memberi kebenaran kepada Bahagian Pengurusan Latihan Kementerian Kesihatan Malaysia untuk berkongsi maklumat yang terdapat di dalam Borang Pemeriksaan Kesihatan saya dengan pihak-pihak yang berkaitan, sekiranya perlu.

(I hereby certify that all the above information is true and complete. I agree that any misrepresentation or deliberate omissions of a material fact on this form may result in me may not be permitted to enter the program, or may result in termination. I hereby grant permission to Training Division, Ministry of Health Malaysia, to share information contained in my Medical Examination Form with other related parties, if necessary.)

.....

Tarikh
(Date)

.....

Tandatangan Calon
(Student's Signature)

BAHAGIAN B (SECTION B)

Pegawai Perubatan yang memeriksa dikehendaki memeriksa calon secara terperinci dan melengkapkan butiran di bawah ini dengan tepat serta memberi ulasan sekiranya perlu. Pegawai Perubatan adalah bertanggungjawab terhadap maklumat, cadangan dan sokongan berkaitan kesihatan calon yang dinyatakan di dalam borang ini.

(Physician must examine and complete all questions and give additional comment where necessary. Kindly note that physician is responsible for the information, suggestions and recommendation regarding the student's health given in this form)

PEMERIKSAAN KESIHATAN (MEDICAL EXAMINATION):**NAMA CALON (STUDENT NAME)**

: _____

NO. K/P (I/C NO.)

: _____

1. TINGGI (*HEIGHT*) / BERAT (*WEIGHT*)meter
(meter)kg
(kg)2. PEMERIKSAAN MATA (*VISION TEST*)KANAN (*RIGHT*)KIRI (*LEFT*)(a) Penglihatan tanpa alat pandang
seperti kaca mata, kanta sentuh
(*Unaided Vision*)(b) Penglihatan dengan alat pandang
seperti kaca mata, kanta sentuh
(*Aided Vision*)(c) Penglihatan warna
(*Colour Perception*)

Normal	
Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)	

Normal	
Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)	

(d) Fundus (*Fundus*)

Normal	
Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)	

Normal	
Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)	

3. PEMERIKSAAN TELINGA
(*Ear Examination*)KANAN
(*RIGHT*)KIRI
(*LEFT*)CATATAN
(*Note*)(a) Adakah telinganya bernanah
(*Any Ear Discharge*)

Ya (<i>Yes</i>)	
Tidak (<i>No</i>)	

Ya (<i>Yes</i>)	
Tidak (<i>No</i>)	

.....

(b) Adakah terdapat timpanum
berlubang
(*Tympanic Perforation*)

Ya (<i>Yes</i>)	
Tidak (<i>No</i>)	

Ya (<i>Yes</i>)	
Tidak (<i>No</i>)	

.....

(c) Pendengaran
(*Hearing*)

Ya (<i>Yes</i>)	
Tidak (<i>No</i>)	

Ya (<i>Yes</i>)	
Tidak (<i>No</i>)	

.....

4. PEMERIKSAAN MULUT DAN KERONGKONG (*ORAL AND THROAT EXAMINATION*)

(a) Pembesaran tonsil (<i>Enlarged tonsils</i>)	Ya (<i>Yes</i>)		.....
	Tidak (<i>No</i>)		

(b) Lelangit bercelah (<i>Cleft palate</i>)	Ya (<i>Yes</i>)		.....
	Tidak (<i>No</i>)		

(c) Lain-lain abnormaliti yang teruk (<i>Any other severe abnormality</i>)	Ya (<i>Yes</i>)		.....
	Tidak (<i>No</i>)		

5. PEMERIKSAAN NADI (*PULSE EXAMINATION*)

(a) Kadar seminit (<i>Rate per minute</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		

(b) Sifat Denyutan Nadi (<i>Character</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		

6. PEMERIKSAAN TEKAPAN DARAH (*BLOOD PRESSURE TEST*)

Sistolik (<i>Systolic</i>)	mmHg	Diastolik (<i>Diastolic</i>)	mmHg
---------------------------------	------	-----------------------------------	------

7. PEMERIKSAAN DADA (*CHEST EXAMINATION*)

(a) Sifatnya (<i>Character</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		

(b) Pengembangan dada semasa menarik nafas (<i>Expansion of the chest</i>)	Baik (<i>Good</i>)		.....
	Kurang Baik (<i>Poor</i>)		

(c) Adakah kedua-dua belah dadanya sama besar semasa penarikan nafas (<i>Equal on both sides on expansion</i>)	Sama (<i>Equal</i>)		.....
	Tidak Sama (<i>Not Equal</i>)		

(d) Bunyi perkusi (<i>Percussion</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		

(e) Auskultasi (<i>Auscultation</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		

8. PEMERIKSAAN JANTUNG (*HEART EXAMINATION*)

(a) Saiz Jantung (<i>Size</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		
(b) Bunyi Denyutan Jantung (<i>Heart beat</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		
(c) Rentak (<i>Rhythm</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		
(d) Adakah terdapat murmur atau lain-lain bunyi luar biasa (<i>Any murmur or other unusual sound</i>)	Ya (Yes)		.....
	Tidak (No)		

9. PEMERIKSAAN ABDOMEN (*ABDOMEN EXAMINATION*)

(a) Hati (<i>Liver</i>)	Palpabel (Palpable)		.....
	Tidak palpabel (Not palpable)		
(b) Limpa (<i>Spleen</i>)	Palpabel (Palpable)		.....
	Tidak palpabel (Not palpable)		
(c) Adakah apa-apa bengkak yang luar biasa dalam perut? (<i>Any abnormal abdominal mass</i>)	Ya (Yes)		.....
	Tidak (No)		

10. PEMERIKSAAN ORIFIS HERNIA (*HERNIAL ORIFICES EXAMINATION*)

Normal		.....
Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		

11. PEMERIKSAAN KAJISARAF DAN KEADAN MENTAL
(*NEUROLOGICAL AND MENTAL CONDITION EXAMINATION*)

(a) Keadaan sentak lutut (<i>Knee Jerk</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		
(b) Keadaan sentak pergelangan kaki (<i>Ankle Jerk</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		
(c) Keadaan sentak plantar (<i>Plantar Reflex</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		
(d) Keadaan anak mata (<i>Condition of Pupil</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		

(e) Refleksi anak mata terhadap cahaya (<i>Light Reflex</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		
(f) Keadaan mental (<i>Mental Condition</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		
(g) Percakapan/pertuturan (<i>Speech</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		

12. PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR
(*LOCOMOTOR SYSTEM EXAMINATION*)

(a) Anggota atas (<i>Upper Limbs</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		
(b) Anggota bawah (<i>Lower Limbs</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		
(c) Kolom Spina (<i>Spinal Column</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		
(d) Gaya berjalan (<i>Gait</i>)	Normal		.....
	Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		

13. PEMERIKSAAN URO GENITAL (URO GENITAL EXAMINATION)

Untuk lelaki sahaja dan perempuan jika perlu (For male only and female if necessary)

Normal		.....
Tidak Normal (<i>Not Normal</i>)		

14. UJIAN AIR KENCING (*URINE TEST*)

Graviti Spesifik (<i>Specific Gravity</i>)	
Gula (<i>Sugar</i>)	
Albumin	
Pemeriksaan Mirooskopik (<i>Microscopic Examination</i>)	
Dadah (<i>Drugs</i>)	

15. PEMERIKSAAN HIV (<i>HIV TEST</i>)	Positif (<i>Positive</i>)		.....
	Negatif (<i>Negative</i>)		

16. PEMERIKSAAN HEPATITIS B (<i>HEPATITIS B SCREENING</i>)	Positif (<i>Positive</i>)		.....
	Negatif (<i>Negative</i>)		

17. PEMERIKSAAN X-RAY DADA (*CHEST X-RAY EXAMINATION*)

- (a) Nombor X-Ray Dada (*Chest X-Ray No.*) :
- (b) Tarikh (*Date*) :
- (c) Tempat (*Place*) :
- (d) Laporan X-Ray (*X-Ray Report*) :

18. Adakah calon sedang menjalani apa-apa rawatan untuk keadaan fizikal atau mental?
(*Is the student now under treatment for any physical or emotional condition?*)

.....

19. Lain-lain cadangan berkenaan dengan keadaan kesihatan calon?

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

.....

20. Daripada riwayat dan pemeriksaan fizikal, adakah calon 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>)	

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa
..... No. K/P
pada termasuk x – ray dan saya dapati calon ini disahkan
***sihat / tidak sihat (*potong yang tidak berkenaan)** untuk mengikuti program yang ditawarkan.

(*I hereby certify that I have examined
I/C No. on including x-ray and
I confirmed that the student is ***medically fit / unfit (delete where appropriate)** to enter the
program).*)

TANDATANGAN PEGAWAI PERUBATAN

YANG MEMERIKSA (*Physician's Signature*) :

NAMA (*Name*) :

NO. K/P (*I/C No.*) :

JAWATAN (*Position*) :

COP RASMI (*Official Seal*) :