



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 / MEDICAL REPORT

(Borang ini hendaklah dilengkapi oleh doktor/ pegawai perubatan/ pegawai pejabat rekod hospital atau klinik yang merawat pesakit berkenaan sahaja)

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 / *NRIC* : - -

No. Keselamatan Sosial Pekerja Asing (FWSS) :

1.5 Nama dan alamat majikan / *Name and address of employer* :

1.6 Tarikh dan waktu kemalangan / *Date and time of accident* : _____

1.7 Tarikh dan waktu rawatan pertama / *Date and time of first treatment* : _____

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

3. Kecederaan atau penyakit / *Injuries or diseases* : _____

4. Sejarah kemalangan / *History of accidents* : _____

5. Pemeriksaan fizikal / *Physical examination* : _____

5.1 *Loss of consciousness* : _____

5.2 *Vomiting* : _____

5.3 *Bleeding (ENT)* : _____

5.4 *GSC* : _____ / 15 (if less than 15 please specify)

5.5 *Blood pressure* : _____ mmHg

- 5.6 *Fractures and wounds* :
- i. *Soft tissue injury* : _____
 - ii. *Close fracture* : _____
 - iii. *Compound fracture* : _____

5.7 Kecederaan sendi atau lain-lain anggota badan / *joint or others limb injuries (please specify)* :

- 5.8 *Review of system* :
- i. *CVS* : _____
 - ii. *Lungs* : _____
 - iii. *Abdomen* : _____
 - iv. *Others* : _____

6. Kecacatan atau penyakit sedia ada / *pre-existing condition* : Ya / Yes () Tidak / No ()
 Jika Ya / *If Yes, specify* : _____

7. Pemeriksaan / *Investigations (x-ray / MRI / lab test / others)* :
- i. *Pemeriksaan / Investigations (x-ray or MRI)* : _____
 - ii. *Laporan makmal / Lab test* : _____
 - iii. *Lain-lain / Others* : _____

8. *Diagnosa / Diagnosis* : _____

9. *Rawatan / Treatment* : _____
 Pesakit Luar / *Out-patient* () Pesakit Dalam / *In-patient* ()

Nyatakan tarikh / Specify the date : _____

10. *Tarikh cuti sakit / Medical leave* : Dari / *From*

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

 Hingga / *To* :

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

Catatan / Remarks (jika ada / if any) : _____

11. Pesakit ini telah mencapai tahap hilang upaya kekal / *Reached maximum medical improvement (MMI)?*
 Ya / Yes () Tidak / No ()

12. Jika tidak, bilakah pesakit ini dijangka mencapai tahap hilang upaya kekal / *If not reached maximum medical improvement (MMI)? Sila nyatakan tempoh / Please specify the date* :

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 issue the medical report

Tarikh / Date : _____

Cop rasmi hospital @ klinik / Hospital @ clinic official stamp

Nama penuh dan kelulusan doktor / Doctor's full name & qualification