



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 KEILATAN / MEDICAL REPORT ON INVALIDITY

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

1.6 Alamat surat menyurat semasa / *Current postal address* :

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

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

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

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

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

4. Maklumat penyakit yang dirawat / *Illnesses treatment information* :

Nyatakan tarikh penyakit atau masalah utama ini mula dilaporkan oleh pesakit? / *State the date when were the illnesses or main injury first presented by patient?* (Nyatakan tarikh / *State date*) :

5. Sejarah penyakit atau kecederaan / *History of illnesses or injury* :

6. Sejarah penyakit terdahulu / *Past illnesses history* :

7. Sejarah keluarga, jika ada kaitan penyakit dilaporkan / *Family history, if related illnesses reported* :

8. Sejarah sosial atau pekerjaan / *Social or 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. Ulangkaji sistem / *System review* :

10. Ulangkaji rekod perubatan / *Medical record review* :

11. Pemeriksaan fizikal / *Physical examination* :

Sila nyatakan semua butiran pemeriksaan yang positif dan negatif yang berkaitan / *Please give details of positive or negative finding which support the diagnosis.*

Pemeriksaan utama / *General examination or assessment* :

Mata / *Eye* :

Telinga, Hidung & Tengkok / *ENT* :

Rongga mulut / *Oral cavity* :

Anggota badan atas / *Upper limb* :

Sistem pernafasan (kadar pernafasan & penemuan berkaitan) / *Respiratory system (respiratory rate & relevant finding)* :

Sistem kardiovaskular (denyutan nadi/ denyut jantung, BP & penemuan berkaitan) / *Cardiovascular system (pulse/ heart rate, BP & relevant finding)* :

Abdomen / *Abdomen* :

Sistem saraf pusat / *Central nervous system* :

Pemeriksaan status mental / *Mental status examination* :

Lain-lain / *Others* :

12. Pemeriksaan darah dan sinaran-X yang menyokong diagnosa yang berkaitan / *Investigation & results, which support your diagnosis including X-ray.*

13. Diagnosa termasuk ringkasan kecederaan atau penyakit (mengikut Klasifikasi Antarabangsa Penyakit ICD 10) / *Diagnosis of injuries or illnesses (according to International Classification of Diseases ICD 10)* :

14. Rancangan rawatan / *Treatment plan* :

15. Prognosis (sila nyatakan) / *Prognosis (please specify)* :

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 doctor dan kelayakan / Doctor's full name & qualification