



**PERTUBUHAN KESELAMATAN SOSIAL
MENARA PERKESO
281, JALAN AMPANG
50538, KUALA LUMPUR
Tel. : Am : 03 – 42645000**

LAPORAN PERUBATAN / MEDICAL REPORT

1. Maklumat Pesakit / Patient Particular

Nama / Name : _____

Umur / Age : Keturunan / Race : _____

No. Kppn / I.C :

Nama dan alamat Majikan / Name and address of Employer : _____

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

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

**2. Doktor Yang Merawat /
Attending Doctor**

: _____

3. Masalah / Complaint

: _____

4. Sejarah Kemalangan / History of Accident :

5. Pemeriksaan Fizikal / Physical Examination :

5.1. Loss of consciousness Yes () No ()

5.2. Vomiting Yes () No ()

5.3. Bleeding (ENT) Yes () No ()

5.4. GCS _____ /15 (if less than 15 please specify)

5.5. Blood pressure _____ mmHg

5.6. Fractures and Wounds

Soft tissue injury : _____

Close fracture : _____

Compound fracture : _____

5.7. Kecederaan sendi, anggota lain / Joint, other limb injuries (Please specify) _____

5.8. Review of System

CVS :

Lungs :

Abdomen :

Others :

**6. Kecacatan atau penyakit sedia ada /
Pre – existing condition**

Yes () Nyatakan

No ()

7. Pemeriksaan / Investigations (X-ray finding / lab test / others)

Pemeriksaan (X-ray) / X-Ray

Laporan Makmal / Lab test

Lain – lain (others) : _____

8. Diagnosa / Diagnosis : _____

9. Rawatan / Treatment

Pesakit luar / out patient

Pesakit dalam / In patient

Nyatakan / specify : _____

10. Tempoh cuti sakit / period of medical leave

Dari :

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

Hingga :

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

11. Catatan / Remarks (Jika ada)

Saya mengaku bahawa kenyataan di atas adalah lengkap dan benar.

I hereby certify that the statement above are complete and true

Tarikh /
Date : _____

T.T Pakar / Doktor
Signature of the Specialist / Doctor

Nama penuh dan kelulusan
(Full name and qualification)

Cop rasmi Klinik / Hospital
(Clinic or Hospital official stamp)
