



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

LAPORAN PERUBATAN / MEDICAL REPORT

1) **Maklumat Pesakit / Patient's Particular**

Nama / Name : _____

Umur / Age : Keturunan / Race : _____

No. K/P / 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 Ya () Nyatakan Tidak ()

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 diatas 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)

