



JABATAN KESELAMATAN DAN KESIHATAN PEKERJAAN
BORANG PERMOHONAN PEMBAHARUAN PENDAFTARAN OPERATOR KREN

TARIKH TERIMA : - -

A. BUTIR-BUTIR PEMOHON

- 1. Nama (Huruf Besar) :
- 2. No. Kad Pengenalan :
- 3. Alamat Tetap :

- 4. Poskod :
- 5. Negeri :
- 6. Bandar :
- 7. No. Telefon :
- 8. Jantina : Lelaki Perempuan
- 9. Tarikh Lahir :
- 10. Kewarganegaraan :

B. JENIS KOMPETENSI

- KREN MENARA
- KREN BERGERAK
- KREN DERIK

TARIKH LUPUT PENDAFTARAN ASAL

*Salinan sijil pendaftaran hendaklah dilampirkan

C. PENGAKUAN

Saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar.

Tandatangan:

Nama: Tarikh:

D. KEGUNAAN PEJABAT

Catatan:

PEMERIKSAAN PERUBATAN
(UNTUK DIPENUHI OLEH PENGAMAL PERUBATAN)

BAHAGIAN I

No. Pendaftaran Pemohon di klinik : Tarikh Pendaftaran :

Keadaan Umum :

Berat :kg. Ketinggian :sm

Pemeriksaan air kencing untuk albumin dan gula (Jika positif siasat selanjutnya)

Tekanan darah: Sistolik : Diastolik :

Kejituan penglihatan mengikut Carta Snellen (dalam meter)

Tanpa kacamata min. 6/60 Kanan : Kiri :

Dengan Kacamata min. 6/12 Kanan : Kiri :

*Untuk mereka yang memakai kacamata. Perlu dinyatakan pada lesen.

JAWAPAN

Sila tandakan X dalam ruang yang bersesuaian 'Ya' atau 'Tidak'

Bil	Perihal	Ya	Tidak	Catatan
1	Ada kecacatan dalam penglihatan (Carta istihara)			
2	Ada kecacatan dalam penglihatan lapangan (field vision)			
3	Ada bukti kecacatan sistem saraf			
4	Ada bukti-bukti penyakit psikiatrik (psychiatric)			
5	Adakah pemohon menunjukkan tanda-tanda peminum arak dan Penyalahgunaan dadah			
6	Ada ketidaksempurnaan dari/atau kecacatan fizikal			
7	Ada bukti kelainan sistem kardiovaskular			
8	Adakah pemohon mempunyai tekanan darah tinggi yang tidak terkawal			
9	Adakah pemohon mengidap penyakit kencing manis yang tidak dikawal dengan sempurna			
10	Ada kecacatan pendengaran			
11	Ada bukti kelainan sistem respiraton			
12	Siasatan lanjut yang dijalankan dan keputusannya: a): b): c):			
13	Pandangan-pandangan lain oleh pengamal perubatan:			

Catatan: Kelewatan boleh berlaku kerana diperlukan siasatan lanjut.

BAHAGIAN II

Sila jawab soalan-soalan berikut berhubung dengan sejarah kesihatan anda. Tanda X dalam kotak ruangan yang sesuai 'Ya' atau 'Tidak'. Jika 'Ya' jelaskan dalam ruang catatan.

Adakah anda mempunyai sejarah atau sedang mengalami penyakit berikut

Bil	Perihal	Ya	Tidak	Catatan
*1	Masalah mata			
	- Katarak			
	- Pandangan 'monocular'			
	- Lain-lain yang menyebabkan halangan pandangan			
*2	Tidak dapat mengenaipasti warna-warna asas (primer) [merah, hijau, kuning (amper)]			
3	Sukar melihat dalam gelap			
*4	Apa-apa jenis sawan atau kekejangan			
5	Kecederaan berat dikepala			
*6	Serangan pening atau pening			
7	Sakit kepala yang berat atau 'migrane'			
8	Pembedahan otak yang 'major'			
*9	Stroke' (dengan kecacatan 'residual')			
*10	Kencing manis dalam rawatan insulin			
*11	Penyakit mental			
*12	Penyalahgunaan arak dalam masa 5 tahun yang lalu			
*13	Penyalahgunaan dadah dalam masa 5 tahun yang lalu			
14	Kecacatan tulang belakang			
*15	Ketidaksempurnaan atau kecacatan anggota - pergerakan sendi yang terhad - kecacatan anggota yang berat - amputation' yang berat			
16	Penyakit jantung / tekanan darah tinggi / debaran jantung			
17	Sesak nafas / muntah darah / batu kronik			
*18	Pekak - pekak tuli			

*19	Penyakit buah pinggang yang kronik			
20	Apa-apa rawatan yang berulang			
21	Apa-apa penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas			

*** Keadaan berikut adalah diambilkira sebagai sepenuhnya tidak layak sebagai Orang Kompeten (Operator Kren)**

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya dengan teliti mengambilkira kenyataan yang dibuat di atas dan saya percaya ianya lengkap dan tepat. Saya seterusnya mengisytiharkan bahawa saya tidak menyembunyikan apa-apa kenyataan palsu. Saya memberi izin kepada pengamal perubatan yang memeriksa untuk berkomunikasi dengan mana-mana pengamal perubatan yang memeriksa saya dan JKPP dalam hal-hal yang boleh memberikan kesan ke atas kesesuaian untuk mengendalikan perancah dalam perkara-perkara yang berkaitan dengan permohonan saya sebagai Orang Yang Kompeten (Operator Kren).

Tandatangan :
pemohon

Tarikh :
diperiksa

Nama (huruf :
besar)

No. Kad :
Pengenalan

Disaksikan :
oleh (Dr.)

Tempat :
diperiksa

Cop nama :
dan jawatan

Tarikh/Masa :

BAHAGIAN III

KEPUTUSAN PEMERIKSAAN PERUBATAN

Saya sahkan bahawa saya pada hari ini telah memeriksa pemohon

No. Kad Pengenalan Jawapan kepada soalan-soalan di atas adalah benar setakat yang saya ketahui dan percaya. Daripada pemerhatian dan pemeriksaan perubatan, saya dapati pemohon dari segi fizikal dan mental adalah:

LAYAK **TIDAK LAYAK SEMENTARA** **TIDAK LAYAK**

Definisi tidak layak sementara : apa-apa keadaan perubatan 'reversible' untuk mengendali kren dengan selamat

Tandatangan pengamal perubatan :

Nama dan kelayakan pengamal perubatan :

.....
.....

No. Pendaftaran MMC:

No. Pendaftaran Klinik:

Alamat :
.....
.....

Tarikh : Bayaran yang dikenakan:.....

No. Resit :

UNTUK KEGUNAAN JKPP