

Sijil Kesihatan Kecergasan
untuk tujuan kebenaran untuk bekerja di Ruang Terhad

Nama yang diperiksa

No. KP / Passport Tarikh Lahir

Nama dan Alamat Majikan :

.....
.....
.....

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah memeriksa orang seperti yang dinamakan di atas pada

Dari maklumat yang berkaitan dengan kesihatan yang diberi oleh beliau, pemeriksaan klinikal dan ujian diagnostik yang dicatatkan pada borang pemeriksaan perubatan saya, saya mengesahkan bahawa pekerja ini adalah :

LAYAK

TIDAK LAYAK

untuk bekerja di Ruang Terhad

Tandatangan Doktor :

Nama Dr. Kesihatan Pekerjaan :

No. Daftar DOSH :

Nama Klinik :

.....

No. Telefon dan No. Faks :

.....

SENARAI SEMAK PEMERIKSAAN KESIHATAN UNTUK BEKERJA DI RUANG TERKURUNG (UNTUK DIISI OLEH DOKTOR KESIHATAN PEKERJAAN)

Ini adalah untuk mengesahkan bahawa penyata di bawah adalah benar. Saya memberi kebenaran kepada DKP untuk pemeriksaan perubatan dan berkomunikasi dengan pihak pengurusan mengenai keupayaan kerja saya selepas perbincangan dengan saya.

Tandatangan Pekerja : Tarikh :

A) Pekerja

Nama :

Alamat :

Poskod : Daerah : Negeri :

No. Telefon :

Umur : tahun Jantina : Lelaki Perempuan

Bangsa : Melayu Cina India Lain -lain

Status Perkahwinan : Bujang Kahwin

Kewarganegaraan : Warganegara Bukan warganegara (nyatakan) :

B) Keluarga terdekat untuk dihubungi dalam kes kecemasan

Nama :

Hubungan :

Alamat :

No. Telefon :

C) Majikan

Nama :

Alamat :

No. Telefon : No. Faks / E-mel :

D) Sejarah Pekerjaan

1. Jawatan :
2. Tempoh perkhidmatan :
3. Pernah terima latihan untuk kerja ini? Ya Tidak
4. Kerja lain (selain dari kerja ini) :
5. Pernah guna PPD Ya Tidak
Nyatakan :
6. Sejarah alahan atau masalah atau kegunaan PPD Ya Tidak
Nyatakan :

E) Adakah anda mempunyai sebarang sejarah atau mengalami masalah-masalah berikut ?

1. Merokok

- a) Merokok
- b) Tidak merokok
- c) Berhenti merokok

Tempoh merokok tahun
Bil. batang rokok /sehari

1) Masalah Perubatan

a. Masalah mata (termasuk akuiti visual atau rabun malam)

Ya	Tidak	Catatan
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

b. Masalah telinga (termasuk pendengaran, penyakit Telinga dalam, atau vertigo)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

c. Hidung (masalah menghidu bau)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

d. Sistem Saraf

i) Epilepsi, sawan atau konvulsi semula jadi apa-apa jenis

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

ii) Strok dengan komplikasi

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

iii) Penyakit yang melibatkan penyelarasan contohnya parkinson

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

iv) Kecederaan kepala serius

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

v) Sakit kepala teruk, pening atau migrain

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

e. Sistem Kardiovaskular

i) Tekanan darah tinggi tidak terkawal

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

ii) Penyakit jantung (termasuk IHD, kegagalan jantung atau arrythmia

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

iii) Penyakit jantung kongenital dengan cardiomegaly, ECG abnormaliti atau pengoksigenan yang tidak mencukupi

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

f. Sistem Pernafasan

i) Asma tidak terkawal

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

ii) COAD

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

iii) Jangkitan pulmonari akut (termasuk T B)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
--------------------------	--------------------------	--

		Ya	Tidak	Catatan
g.	Sistem Gastronintestinal			
i)	Penyakit ulser Peptik			
h.	Sistem endokrin			
i)	Kencing manis yang tidak terkawal			
i.	Sistem ginjal			
i)	Penyakit buah pinggang kronik contohnya nephritis			
ii)	Kegagalan buah pinggang			
j.	Sistem Muskuloskeletal			
i)	Kecacatan, ketidakupayaan atau amputasi anggota			
ii)	Penyakit otot, tulang atau sendi (kronik atau berulang)			
k.	Sistem dermatologi			
i)	Keadaan kulit radang akut atau kronik			
l.	Psikiatri			
i)	Penyakit mental (termasuk depression, psychosis, mania or anxiety)			
ii)	Kebergantungan dadah dan alkohol (semasa atau yang lalu)			
iii)	Claustrophobia (takut ruang tertutup)			
m.	Sejarah mengambil apa-apa ubat-ubatan			
i)	Batuk / ubat selsema			
ii)	Ubat pelali			
iii)	Hipnotik			
iv)	Ubat-ubatan lain (termasuk agen cytotoxic, anticoagulant atau immunodepressants			
n.	Sebarang masalah kesihatan yang lain atau kecederaan			
F) Sejarah Keluarga				
1.	Sejarah penyakit perubatan			
2.	Sejarah alahan			
3.	Lain-lain Penyakit(nyatakan)			

I) Penyasatan

	Tarikh	Biasa	Luarbiasa	Catatan
1. FBC				
2. UFEME				
3. Spirometry				
FVC				
FEV 1				
FEVI 1/FVC				
4. Lain (nyatakan)				

Berdasarkan pemohon "pengakuan peribadi , pemeriksaan klinikal dan keputusan ujian diagnostik yang direkodkan di dalam borang pemeriksaan perubatan, saya mengisytiharkan bahawa pekerja ini adalah sesuai/tidak sesuai untuk bekerja di ruang terhad

Tandatangan Dr :	.....	No. Daftar DOSH :	.....
Nama DKP :	.....	No. Telefon Klinik :	.....
Nama Klinik :	.....	Alamat E-mel :	.....
No. Faks :	.....		.....
Tarikh :	.....	