

**JABATAN KESELAMATAN DAN KESIHATAN PEKERJAAN
BORANG PENDAFTARAN SEBAGAI OPERATOR KREN**

Gambar

1.0 BUTIR-BUTIR PEMOHON

- 1.1 Nama (huruf besar):
- 1.2 Tarikh lahir: Tempat Lahir:
- 1.3 Jantina: No. K.P. / Pasport :
- 1.4 Kewarganegaraan: No. SOCSO:
- 1.5 Alamat rumah/pos:
-
- 1.6 No.Tel:
- 1.7 Pengalaman :

2.0 BUTIR-BUTIR MAJIKAN

- 2.1 Nama majikan:
- 2.2 No. Daftar. Sykt.:
- 2.3 Alamat:
-
- 2.4 No.Tel./Fax:

3.0 LATIHAN

- 3.1 Latihan berkaitan dengan Operator Kren: (Nyatakan dan lampirkan salinan sah sijil)
-
-
- 3.2 Kelulusan akademik yang tertinggi diperolehi:

4.0 KELAS SIJIL

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

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

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

5.0 PENGAKUAN

Saya,.....yang menandatangani di bawah,dengan ini mengaku bahawa saya mempunyai kesihatan dan keupayaan untuk mengendalikan kren dengan selamat dan semua maklumat di dalam borang ini adalah benar.

Tandatangan pemohon: Tarikh:.....

Nama:



PERMOHONAN SEBAGAI ORANG YANG KOMPETEN (OPERATOR KREN)

A. JENIS PERMOHONAN

LESEN BARU

BAHARUI KOMPETENSI

JENIS KOMPETENSI

KREN MENARA

KREN BERGERAK

KREN DERIK

B. BUTIR-BUTIR PEMOHON

No. K.P/Pasport/Polis/Tentera

Nama

Alamat

Poskod

Bandar

Negeri

C. KELAYAKAN AKADEMIK/LATIHAN

BIL	INSTITUT	BIDANG	TARAF	TAHUN

***Ruang Untuk Permohonan Baharu**

Kompetensi

Tarikh Luput Kompetensi

D. PENGAKUAN

Saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar.

.....
(Tandatangan Permohon)

Nama:

K/P:

Tarikh:.....

E. MAKLUMAT PEGAWAI PERUBATAN YANG BIASA MERAWAT:

(Sebutkan nama dan alamat Pegawai Perubatan yang biasa merawat anda).

Nama Pegawai Perubatan:.....

Alamat:.....

A. PEMERIKSA PERUBATAN

(UNTUK DIPENUH OLEH PENGAMAL PERUBATAN)

BAHAGIAN I

No. Pendaftaran pemohonan di klinik: Tarikh pendaftaran:

Keadaan Umum:

Berat: kg Ketinggian: cm (**Kurang dari 154 cm tidak layak*)**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 warna (carta istihara)			
2.	Ada kecacatan dalam penglihatan lapangan (field vision)			
3.	Ada bukti kecacatan sistem sarat			
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 respiration			
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. Tandakan 'X' dalam kotak ruangan yang sesuai 'Ya' atau 'Tidak'. Jika 'Ya' jelaskan dalam ruangan catatan.

Adakah anda mempunyai sejarah atau sedang mengalami penyakit berikut:

Bil	Perihal	Ya	Tidak	Catatan
* 1.	Masalah			
	- Katarak			
	- Pandangan 'monocular'			
	- Lain-lain yang menyebabkan halangan pandangan			
* 2.	Tidak dapat mengenalpasti warna-warna asas (primer)[merah, hijau, kuning (amber)]			
3.	Sukar melihat dalam gelap			
* 4.	Apa-apa jenis sawan atau kekejangan			
5.	Kecederaan berat di kepala			
*6.	Serangan pening atau pening			
7.	Sakit kepala yang berat atau 'migraine'			
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/batuk 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			

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah dengan teliti mengambilkira kenyataan yang dibuat di atas dan saya percaya ianya lengkap dan tepat. Saya seterusnya mengisytiharkan bahawasaya tidak menyembunyikan apa-apa maklumat atau membuat 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 memandu kren dalam perkara-perkara yang berkaitan dengan permohonan saya sebagai Orang Kompeten (Operator Kren).

Tandatangan pemohon: Tarikh diperiksa:
Nama (dalam huruf besar): No. Kad Pengenalan:
Disaksikan oleh (Dr): Tempat diperiksa:.....
Cop nama dan jawatan: Tarikh:..... Masa:.....

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

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.

LAYAK

TIDAK LAYAK SEMENTARA

TIDAK LAYAK

**Definisi tidak layak sementara: apa-apa keadaan perubatan 'reversible' untuk memandu kren dengan selamat untuk yang mana dia telah memohon lesen memandu atau membaharui lesen memandu.*

Tandatangan pengamal perubatan:
Nama dan kelayakan pengamal perubatan:
No. Pendaftaran MMC :
Alamat:
No. Pendaftaran Klinik:
Tarikh: Bayaran Yang Dikenakan: No. Resit:

UNTUK KEGUNAAN JKPP