

**SOAL SELIDIK SAKIT DADA UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG
MEMERIKSA
CHEST PAIN QUESTIONNAIRE TO BE COMPLETED BY ATTENDING
DOCTOR**

No. Permohonan: _____ Nama Yang Diinsuranskan: _____
Application No.: _____ Name of Insured: _____

No. KP: _____ Umur: _____ Jantina Lelaki Perempuan
NRIC No: _____ Age: _____ Sex Male Female

Sila isi borang soal selidik ini. Kerjasama tuan/puan sangat dihargai.
We would appreciate if you could kindly complete this questionnaire.

1.	Tarikh pendaftaran pertama di klinik tuan/ puan. <i>Date of first registration at your clinic.</i>			
2.	Tarikh pemohon pertama kali menemui tuan/puan kerana sakit dada. <i>Date applicant saw you for chest pain.</i>			
3.	Apakah diagnosis sakit dada tersebut? <i>What was the diagnosis of this chest pain?</i>			
4.	Pernahkah pemohon insurans hayat mengalami sakit dada dahulu? <i>Has proposed life assured ever suffered from chest pain in the past?</i> Jika Ya, sila berikan butir-butir. <i>If Yes, please give details.</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>	
		Berapa kali <i>Number of times</i>	Tarikh-tarikh <i>Dates</i>	
5.	Adakah mana-mana penyiasatan berikut dijalankan bagi sakit dada? <i>Were any of the following carried out to investigate the chest pain?</i>			
	Nama Penyiasatan <i>Name of Investigation</i>	Ya Yes	Keputusan Biasa <i>Normal Results</i>	Keputusan Luar Biasa <i>Abnormal Results</i>
	ECG semasa rehat <i>Resting ECG</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	ECG semasa bersenam <i>Stress ECG</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Enzim Kardiak <i>Cardiac Enzymes</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Kajian angiografik <i>Angiographic studies</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	Ekokardiogram <i>Echocardiogram</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Ujian lipid plasma <i>Plasma Lipid</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Lain-lain <i>Others</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Sila berikan butir-butir kesemua keputusan luar biasa dalam ruang di bawah. <i>Please give details of all the abnormal findings in the space provided below.</i>			
6.	Pernahkah pemohon insurans hayat mengalami: <i>Has the proposed life assured ever suffered from:</i>			
	a) Debaran jantung kencang? <i>Gallop rhythm?</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>	
	b) Kegagalan jantung kongestif? <i>Congestive cardiac failure?</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>	
	Ulasan (jika ada) <i>Comments (if any)</i>			
7.	Adakah terdapat tanda-tanda jantungnya bengkak? <i>Is there any evidence of cardiac enlargement?</i>		Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	Jika Ya, sila berikan butir-butirnya. <i>If Yes, please provide details.</i>			
8.	Jika sakit dada mengakibatkan infarksi miokardium, sila nyatakan sama ada diiringi oleh mana-mana keadaan berikut: <i>If the chest pain resulted in a myocardial infarction, please indicate if it was accompanied by any of the following:</i>			
	a) Kejutan <i>Shock</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>	
	b) Aritmia <i>Arrhythmia</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>	
	c) Fibrilasi atrium <i>Atrial fibrillation</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>	
	d) Takikardia paroksismal <i>Paroxymal tachycardia</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>	

	e) Embolisme pulmonari <i>Pulmonary emboli</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	f) Trombosis vena <i>Venous thrombosis</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	g) Embolisme serebral <i>Cerebral emboli</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	h) Aneurisme <i>Aneurysm</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
9.	Pernakah pemohon insurans hayat dirawat dengan: <i>Has the proposed life assured ever been treated with:</i>		
	a) Antikoagulan <i>Anticoagulants</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	b) Vasodilator koronari <i>Coronary vasodilators</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	c) Ubat cegah hipertensi <i>Antihypertensive drugs</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	d) Agen hiperglisemik <i>Hypoglycemic agents</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	Jika Ya, sila berikan butir-butirnya. <i>If Yes, please provide details.</i>	Jenis Ubat <i>Type of Medication</i>	Dos <i>Dosage</i>
10.	Adakah beliau mengalami sebarang masalah lain? <i>Does he/she suffer from any other impairment?</i>		
	Ya/Yes <input type="checkbox"/>		Tidak/No <input type="checkbox"/>
	Jika Ya, sila berikan butir-butirnya. <i>If Yes, please provide details.</i>		
11.	Sila berikan nama dan alamat mana-mana Doktor/Hospital/Klinik lain yang pernah memeriksa pemohon insurans hayat kerana sebarang masalah kesihatan. <i>Please provide us with the name and address of any other Doctor/Hospital/Clinic that the proposed life assured has also consulted in the past for any complaints.</i>		
	Nama <i>Name</i>	Alamat <i>Address</i>	

12.	Sudahkah pemohon insurans menjalankan semula kegiatan biasanya selepas mengalami sakit dada? <i>Has the proposed life assured returned to perform his normal activities after the chest pain?</i>	Ya/Yes <input type="checkbox"/>	Tidak/No <input type="checkbox"/>
	Jika Tidak, sila nyatakan butir-butir. <i>If No, please provide details.</i>	Tarikh dijangka menyambung kegiatan biasa <i>Date he/she is expected to return to normal activities</i>	Sebab kegiatannya dihadkan <i>Reasons for restriction of activities</i>

Laporan ini telah disediakan oleh:
This report has been prepared by:

Nama Doktor
Name of Doctor

Cop Klinik
Clinic Rubber Stamps

Tandatangan Doktor
Signature of Doctor

Tarikh
Date

Sila kembalikan borang soal selidik ini kepada Penaja Jamin Syarikat kami dalam sampul surat yang bertutup untuk memastikan kandungannya adalah sulit.
Kindly return this questionnaire in a sealed envelope to the Underwriter of our Company so as to maintain confidentiality.