

## Soal Selidik Sakit Dada

### *Chest Pain Questionnaire*

---

No. Permohonan:

*Application No.:* \_\_\_\_\_

Nama Penuh:

*Full Name:* \_\_\_\_\_

- 1) Bilakah anda mengalami sakit dada? Jika anda telah mengalami lebih daripada satu episod, sila nyatakan tarikh setiap episod.  
*When did you have the chest pain? If you have had more than one episode, please advise dates of each episode.*
- 

- 2) Apakah diagnosis yang diberikan kepada anda, atau apakah yang diberitahu tentang punca sakit dada anda?  
*What diagnosis were you given, or what were you told was the cause of the chest pain?*
- 

- 3) Apa yang anda lakukan semasa sakit bermula?  
*What were you doing when the pain started?*
- 

- 4) Sila huraikan sifat kesakitan, contoh menghempah dan sebaliknya, tajam, menusuk, sakit yang ringan, ketidakselesaan yang samar.  
*Please describe the nature of the pain, e.g. crushing, vice-like, sharp, stabbing, dull ache, vague, discomfort.*
- 

- 5) Adakah kesakitan menular dari luar dada, contoh di bahu, lengan, rahang, perut?  
*Did the pain radiate outside the chest, e.g. to the shoulders, arms, jaw, abdomen?*
-

- 6) Jika anda pernah dimasukkan ke hospital kerana kesakitan itu, sila nyatakan tarikh, berapa lama anda berada di hospital dan apakah jenis rawatan yang diterima.  
*If you were admitted to hospital because of the pain, please advise the date, how long you were in hospital and what treatment you received.*
- 

- 7) Adakah anda telah menjalankan mana-mana siasatan yang berikut untuk sakit dada:  
*Have you had any of the following investigations for the chest pain:*

	Ya Yes	Tidak No
ECG / ECG	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ujian stress/Treadmill / <i>Stress test/Treadmill</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Angiogram koronari / <i>Coronary angiogram</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ekokardiogram / <i>Echocardiogram</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika YA pada mana-mana di atas, sila berikan butiran keputusan.  
*If YES to any of the above, please provide details of the result.*

---

- 8) Sila berikan butiran, rawatan yang anda telah diberikan:  
*Please advise details of what treatment you were given:*

Jika ubatan, sila berikan nama, dos, tarikh rawatan bermula dan jika ia masih diambil.  
*If medication, please advise name, dose, date treatment commenced and if it is still taken.*

---

Jika pembedahan dijalankan, nyatakan butiran lengkap termasuk jenis pembedahan dan di mana ia dilakukan.

*If surgery, advise full details including the nature of the surgery and where it was performed.*

---

- |   | Ya<br>Yes                | Tidak<br>No              |
|---|--------------------------|--------------------------|
| 9) Adakah anda sedang menunggu siasatan atau rawatan lanjut?<br>Jika YA, sila maklumkan jangkaan apa dan bila.<br><i>Are you awaiting any further investigation or treatment?</i><br><i>If YES, please advise what and when this is expected.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
-

10) Berapa lamakah anda tidak bekerja akibat sakit dada? Jika keupayaan anda untuk bekerja masih dalam apa-apa keadaan masih terhad, sila nyatakan butiran.  
*How long were you off work due to chest pain? If your ability to work is still in any way limited, please advise details.*

---

11) Adakah anda mempunyai, atau anda sedang dirawat untuk mana-mana yang berikut:  
*Do you have, or are you on treatment for, any of the following:*

	Ya Yes	Tidak No
Tekanan darah tinggi?/ <i>High blood pressure?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kolesterol tinggi?/ <i>High cholesterol?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Diabetes?/ <i>Diabetes?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Obesiti?/ <i>Obesity?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Merokok?/ <i>Smoking?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Jika YA pada mana-mana di atas, sila berikan butiran keputusan lengkap.  
*If YES, to any of the above, please provide full details.*

---

Saya mengaku bahawa jawapan yang telah saya berikan adalah, sepanjang pengetahuan saya, benar dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat penting yang mungkin akan mempengaruhi penilaian atau penerimaan permohonan ini.

Saya bersetuju bahawa borang ini akan menjadi sebahagian daripada permohonan insurans saya dan kegagalan untuk mendedahkan mana-mana fakta penting yang saya ketahui berkemungkinan membatalkan kontrak.

*I declare that the answers I have given are, to the best of my knowledge, true and that I have not withheld any material information that may influence the assessment or acceptance of this application.*

*I agree that this form will constitute part of my application for insurance and that failure to disclose any material fact known to me may invalidate the contract.*

Tandatangan:  
*Signature:*

\_\_\_\_\_

Tarikh:  
*Date:*

\_\_\_\_\_

Nota / Notes :

1. Borang ini mestilah dilengkapkan oleh orang yang dinyatakan dalam surat penyata permintaan tertunggak yang dikeluarkan. / *This form must be completed by the person specified in the deferment letter issued.*
2. Sekiranya orang yang dinyatakan dalam surat penyata permintaan tertunggak berumur kurang dari 16 tahun, borang ini mestilah ditandatangani oleh pemohon. / *If the specified person stated in the deferment letter is less than 16 years old, the form must be signed by the applicant.*