Zurich Life Insurance Malaysia Berhad
Registration No. 196801000442 (8029-A)
Level 23A, Mercu 3, No. 3, Jalan Bangsar, KL Eco City, 59200 Kuala Lumpur, Malaysia
Tel: 03-2109 6000 Fax: 03-2109 6888 Call Centre: 1-300-888-622

Soal Selidik Penyakit Kencing Manis (Diabetis) – Pakar Perubatan
Diabetes Mellitus Questionnaire - Attending Physician

No. Permohonan:
Application No.: _____ Tarikh:
Date: _____

Nama Penuh:
Full Name: _____

1) a. Bilakah pesakit pertama kali disahkan menghidap penyakit kencing manis?/ *When was the patient first diagnosed to have diabetes mellitus?*

_____

b. Bilakah pesakit pertama kali berdaftar di klinik anda dan apakah keputusan ujian darah tersebut pada masa itu?/ *When did the patient first register at your clinic and what were the following blood test results at that moment?*

Tarikh/ *Date*	Glukosa Darah Puasa/ *Fasting blood glucose*	Glikohemoglobin/ *Glycohaemoglobin (HbA1c)*

c. (i) Apakah rawatan yang diberikan untuk mengawal penyakit kencing manisnya pada awalnya?
How was he/she initially treated to control his/her diabetic condition?

☐ Kawalan Diet/ *Diet Control*

☐ Pengambilan ubat hipoglicemik/
Oral hypoglacemic agent(s)

☐ Suntikan insulin/ *Insulin injection*

(ii) Sila nyatakan ubat-ubatan dan dos yang digunakan serta tarikh rawatan bermula (jika berkenaan).
Please state the medication, dosage and the date of treatment started (if applicable).

_____

_____

2) Sila berikan nama doktor, nama dan alamat klinik lain yang menyelia rawatan./ *Please provide the doctor's name, name and address of any other clinic or doctor supervising treatment.*

Nama Doktor/ *Doctor's Name*	Nama & Alamat Klinik/ *Clinic's Name & Address*

3) Sila kemukakan 3 keputusan terkini bagi siasatan berikut jika dijalankan./ *Please provide us the latest 3 resullts for the following investigations if carried out.*

Nama Siasatan/*Name of Investigation*	Tarikh *Date*	Keputusan *Results*	Tarikh *Date*	Keputusan *Results*	Tarikh *Date*	Keputusan *Results*
Glukosa Darah Puasa/ *Fasting blood glucose*						
Glikohemoglobin/ *Glycohaemoglobin (HbA1c)*						
Profil Lipid darah/ *Blood Lipids Profile*						
Albumen dalam kencing/ *Urine albumin*						
Gula dalam kencing/ *Urine sugar*						
Microurinalisis/ *Microurinalysis*						
ECG/ *ECG*						
Lain-lain (Nyatakan)/ *Others (Specify)*						

4) a. Adakah ubat-ubatan oral sedang ditetapkan kepada pesakit? Jika YA, sila nyatakan nama ubat kencing manis dan dos yang sedang digunakan./ *Is oral medication being prescribed? If YES, please name the medication and its/their current dosage.*

---

b. Adakah suntikan insulin sedang ditetapkan kepada pesakit? Jika YA, sila nyatakan jenis insulin dan termasuk kekerapan penggunaan seharian kini./ *Is insulin injection being prescribed? If YES, please state the type, dosage and the frequency of daily use currently.*

---

c. Pernahkah sebarang rawatan diubah atau dihentikan sebelum ini? Jika YA, silakan berikan tarikh dan penerangan./ *Have any treatments been changed or discontinued so far? If YES, please provide dates and details.*

---

d. Senaraikan semua ubat, dos dan tarikh preskripsi untuk penyakit yang lain (jika ada)./ *List down other medications, dosage and their date of prescription in the past (if any).*

Tarikh/ *Date*	Ubat/ *Medication*	Dos/ *Dosage*	Tarikh/ *Date*	Ubat/ *Medication*	Dos/ *Dosage*

5) a. Pernahkah sebarang rawatan diubah atau dihentikan? Jika YA, silakan berikan tarikh dan penerangan./ *Have any treatments been changed or discontinued? If YES, please provide dates and details.*

_____

b. Adakah pesakit mengikut nasihat tuan/puan tentang kawalan diet/preskripsi ubatan-ubatan dengan tegas?/ *Does your patient adhere strictly to your advice regading his/her diet control/ prescribed medications?*

☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*

c. Adakah pesakit menghadiri rundingan susulan yang diberikan oleh klinik tuan/puan secara berkala?/ *Is he/she regular with his/her follow up consultation at your clini*c?

☐ Ya/*Yes* ☐ Tidak/*No*

	Ya *Yes*	Tidak *No*
6) Sejak rawatan bermula, pernahkah pesakit mengalami episod hipoglisemia yang memerlukan rawatan di hospital, atau kemasukan ke hospital akibat koma kencing manis, ketoasidosis atau sebarang keadaan berkaitan dengan kencing manis yang dihidapi? Jika YA, sila berikan maklumat lengkap termasuk tarikh. Since *treatment began, has the patient ever experienced episodes of hypoglycaemia requiring hospitalization, or admission to hospital due to diabetic coma, ketoacidosis or any condition related to diabetes related condition?* *If YES, please provide full details, including dates*	☐	☐

_____

_____

7) Pernahkah pesakit mengalami mana-mana yang berikut? / *Has the patient ever had any of the followings?*

	Ya/*Yes*	Tidak/*No*
a. Proteinuria atau albuminuria / *Proteinuria or albuminuria*	☐	☐
b. Nefropati/ *Nephropathy*	☐	☐
c. Retinopati/ *Retinopathy*	☐	☐
d. Neuropati/ *Neuropathy*	☐	☐
e. Hipertensi/ *Hypertension*	☐	☐
f. Penyakit arteri koronari/ C*oronary artery disease*	☐	☐
g. Penyakit vaskular peripheral/ *Peripheral vascular disease*	☐	☐

Jika YA, sila berikan butiran lengkap./ *If YES, please provide full details.*

_____

_____

8) Bilakah rundingan terakhir pesakit dengan tuan/puan?/ *When was the patient's last consultation under your care?*

_____

9) Pada pendapat tuan/puan, bagaimanakah kawalan kencing manis setakat ini?/ *In your opinion, how well is his/her diabetic control currently?*

☐ Baik/ *Good* ☐ Sederhana/ *Moderate* ☐ Tidak baik/ *Poor*

10) Sila berikan ulasan tentang apa-apa faktor atau keadaan lain yang boleh mempengaruhi prognosis kencing manis pesakit anda seperti merokok, obesiti, hipertensi, hiperlipidemia dan seumpamanya. *Please comment on any other factor(s) or condition(s) which may influence the patient's diabetes prognosis, e.g. smoking, obesity, hypertension, hyperlipidaemia etc.*

_____

Tandatangan Pakar Perubatan: _____ Tarikh: _____
Signature of Physician: *Date:*

Sila tambahan cop klinik
Please add clinic stamp