

SOAL SELIDIK PUNDI HEMPEDU GALL BLADDER QUESTIONNAIRE

Untuk dilengkapkan oleh Doktor

To be completed by Doctor

1.	Keputusan pemeriksaan <i>Results of investigations</i>			
		Tarikh pemeriksaan <i>Date taken</i>	Punca pemeriksaan <i>Reason for test</i>	Keputusan <i>Results</i>
	a) CXR/ CXR			
	b) ECG/ ECG			
	c) IVP/ IVP			
	d) TMX/ TMX			
	e) Ujian Darah/ <i>Blood test</i> (Sila kemukakan juga nilai biasa/ <i>Please provide normal values as well</i>)			
	f) Lain-lain/ <i>Others</i>			
	g) Sebagai tambahan kepada jawapan untuk soalan di atas, kami ingin mendapatkan maklumat berkenaan sejarah penyakit pundi hempedu beliau yang pada pemahaman kami telah anda berikan khidmat rundingan pada <i>In addition to the answers to the questions above, we would like to have information concerning his/her history of Gall Bladder Disease for which we understand he/she consulted you on</i>			
2.	Sila berikan keterangan dengan menjawab soalan berikut: <i>Please give details by answering the questions below:</i> Adakah ianya <i>Is it</i>			
	a) Inflamasi pundi hempedu (kolesistitis) atau <i>Inflammation of gallbladder (cholecystitis) or</i>			
	b) Pembentukan batu (koletiasis)? <i>Formation of stones (cholethiasis)?</i>			
	c) Atau lain-lain? Sila nyatakan <i>Or others? Please specify</i>			
3.	a) Berapa kalikah kejadiannya? <i>How many episodes are there?</i>			
	b) Tarikh/ serangan <i>Date/ attacks</i>			
4.	Bagaimanakah ianya dirawat? <i>How treated?</i>			
	☐ Penyaliran pundi hempedu <i>Drainage of gall bladder</i>		☐ Pembuangan batu karang <i>Removal of gall stones</i>	

5.	Apakah anda menjangka akan berlaku kejadian berulang semula? <i>Do you anticipate any recurrence?</i>
6.	Adakah beliau telah sembuh sepenuhnya? Jika tidak, sila berikan keterangan dan tarikh rawatan susulan berikutnya. <i>Has he/she now fully recovered? If no, please give details and date of rest follow-up.</i>
7.	Adakah anda mempunyai sebarang sebab untuk mempercayai bahawa yang diinsuranskan dicadangkan di atas memiliki risiko lebih dari tahap sederhana untuk penyakit AIDS? <i>Do you have any reason to believe that the proposed insured may be a higher than average risk for AIDS?</i>
8.	Pada pengetahuan anda, adakah pemohon pernah mendapat khidmat nasihat atau dirawat oleh mana-mana pakar perubatan lain? (Jika ya, sila berikan keterangan termasuk nama dan alamat pakar perubatan) <i>To your knowledge, did applicant have the advice, attendance or treatment of any other physician? (If so, please give details including name and address of physician)</i>
9.	Komen tambahan <i>Additional comments</i>

Tandatangan: _____
Signature:

Kelayakan: _____
Qualification:

Nama: _____
Name:

Tarikh: _____
Date:

No. Telefon: _____
Telephone No.: