

Soal Selidik Penyakit Hipertensi – Pakar Perubatan

Hypertension Questionnaire – Attending Physician

No. Permohonan:
*Application No.:*Tarikh:
*Date:*Nama Penuh:
Full Name:

- 1) Bilakah pesakit pertama kali dikenal pasti menghidap penyakit hipertensi dan apakah bacaan tekanan darah pada masa itu?/ *When was the patient first noticed to be hypertensive and what was the blood pressure reading at that moment?*

Tarikh/ <i>Date</i>	Bacaan tekanan darah/ <i>Blood pressure reading (mmHg)</i>

- 2) Pernahkah sebarang siasatan dilakukan untuk menentukan punca peningkatan tekanan darah? (Misalnya, sinaran-X dada, ECG, ujian darah, imbasan ultrasound, ujian kencing microureanalysis dan sebagainya)/ *Have there been any investigation been carried out to ascertain the cause of the elevated blood pressure? (e.g. Chest X-ray, ECG, Blood tests, ultrasound scans, urine microanalysis etc.)*

 Ya/Yes Tidak/No

Jika Ya, sila berikan butiran./ *If YES, please provide details.*

Tarikh/ <i>Date</i>	Jenis siasatan/ <i>Types of investigation</i>	Keputusan/ <i>Results</i>

Ya
YesTidak
No

- 3) Pernahkah rawatan untuk anti-hipertensi atau ubat-ubatan lain diberikan?
Have there been any treatments for anti-hypertensive or other drugs given?
Jika YA: / *If YES:*

- a. Senaraikan semua ubat, dos dan tarikh preskripsi./ *List down all the past medications, dosage and their date of prescription.*

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

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

- | | Ya
Yes | Tidak
No |
|---|--------------------------|--------------------------|
| c. Masihkan dia sedang mengambil ubat?/ <i>Is he currently on medication?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Adakah pesakit anda mematuhi preskripsi/ubatan-ubatan dengan tegas?/ <i>Does your patient adhere strictly to the prescribed treatment?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e. Adakah dia mematuhi tarikh rundingan susulan yang diberikan oleh klinik anda? / <i>Is he/she regular with his/her follow up consultation at your clinic?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f. Adakah keadaan tersebut dianggap terkawal pada tahap yang memuaskan?/ <i>Is the condition considered to be satisfactorily controlled?</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4) Pernahkah pesakit dimasukkan ke hospital untuk mengawal hipertensinya atau keadaan yang berkaitan? Jika YA, sila berikan tarikh dan butiran./ <i>Has the patient ever been hospitalized for control of his/her hypertension or other related condition(s)? If YES, please provide dates and details.</i> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

- 5) Apakah bacaan-bacaan tekanan darah seterusnya sejak rawatan dimulakan, termasuk catatan bagi 2 tahun yang terkini (jika ada)?/ *What were the subsequent blood pressure readings since the treatment was initiated, including the most recent 2 years (if any)?*

Tarikh/ Date	Catatan/ Record	Tarikh/ Date	Catatan/ Record	Tarikh/ Date	Catatan/ Record

- 6) Sila berikan butiran tentang sebarang siasatan yang dilakukan sejak rawatan dimulakan. Sila sertakan juga keputusan analisa bagi 2 tahun yang terkini. (Misalnya, sinaran-X dada, ECG, ujian darah, imbasan ultrasound, ujian kencing microurialisis dan sebagainya)/ *Please provide the details on any investigations done after treatment was initiated. Kindly include the analysis results for the most recent 2 years. (e.g. Chest X-ray, ECG, Blood tests, ultrasound scans, urine microanalysis etc.)*

Tarikh/ Date	Jenis siasatan/ Types of investigation	Keputusan/ Results

- 7) Pernahkah pesakit anda menghadapi masalah kerosakan organ sasaran seperti berikut disebabkan oleh hipertensi? Jika YA, sila tandakan betul dan terangkan komplikasi yang dihadapi./ *Has your patient suffered from any end organ damage to any of the followings as a result of hypertension? If YES, please indicate and explain the complications suffered.*

- | | Ya/ Yes | Tidak/ No |
|---------------------------|--------------------------|--------------------------|
| a. Mata/ Eyes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b. Jantung/ Heart | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c. Buah pinggang/ Kidneys | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d. Otak/ Brain | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Penerangan/ *Explanation*

- 8) Pernahkah pemeriksaan fundoscopi dilakukan terhadapnya? Jika YA, sila kemukakan tarikh dan butiran./ *Have there been any fundoscopic examination done on him/her? If YES, please provide date and details.*

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

Tandatangan Pakar Perubatan:
Signature of Physician:

Tarikh:
Date:

Sila tambahkan cop klinik
Please add clinic stamp