

**Laporan Obstetrik & Ginekologi (untuk dilengkapkan oleh Pakar
Obstetrik & Ginekologi)
Obstetrics & Gynaecology Report (to be completed by Obstetrician &
Gynaecologist)**

No. Permohonan/ Application No: _____

Nama yang Diinsuranskan/ Name of Insured: _____

Nama ibu yang mengandung/ Name of expectant mother:	Umur/ Age:
Berat semasa tempahan (kg)/ Weight at booking (kg):	Jenis darah & Resus/ Blood type & Rhesus:
Umur kandungan semasa tempahan (minggu): Gestational age at booking date (weeks):	Umur semasa kandungan (minggu) : Current gestational age (weeks):
Tarikh susulan terakhir/ Date of last follow-up:	Jangkaan Tarikh Bersalin/ Estimated Date of Delivery:
Bilangan janin/ Number of foetus:	Bersalin biasa atau sebaliknya (IVF): Natural conception or otherwise (IVF):

Kehamilan Terdahulu (termasuk keguguran atau pengguguran kandungan)

Previous Pregnancy (including miscarriage or abortion)

No. No.	Tahun Year	Umur anak sekarang/umur kandungan (butiran kepada penyebab jika keguguran/ pengguguran kandungan) Current child's age/gestational age (details of underlying cause if miscarriage/abortion)	Jantina Gender	Berat Semasa Dilahirkan (kg) Birth Weight (kg)	Komplikasi (ibu/anak) Complications (mother/child)	Keadaan kesihatan anak sekarang Child's current health condition

Sejarah Keluarga (termasuk gangguan kongenital atau genetik)
Family history (including congenital or genetic disorders)

Diri Sendiri <i>Self</i>			Pasangan <i>Spouse</i>		
Hubungan <i>Relationship</i>	Penyakit/Gangguan <i>Disease/Disorder</i>	Umur pada permulaan <i>Age at onset</i>	Hubungan <i>Relationship</i>	Penyakit/Gangguan <i>Disease/Disorder</i>	Umur pada permulaan <i>Age at onset</i>

A. Butiran Kesihatan Pemohon/ *Health Details of the Applicant*

Adakah pemohon menghidapi mana-mana yang berikut:
Does the applicant suffer from any of the following:

	Ya/Tidak <i>Yes/No</i>	Sila berikan butiran jika jawapan ialah 'Ya' termasuk keputusan <i>Please provide details if answer is "Yes" including the results.</i>
1. Epilepsi, sawan atau sebarang gangguan saraf/mental/psikiatrik? <i>Epilepsy, fits or any other nervous/mental/psychiatric disorders?</i>		
2. Diabetes, gangguan tiroid atau sebarang gangguan endokrin atau ginjal? <i>Diabetes, thyroid disorders or any other endocrine or renal disorders?</i>		
3. Tekanan darah tinggi, penyakit jantung atau lain-lain gangguan injap jantung dan penyakit-penyakit berkaitan gangguan jantung atau saluran darah? <i>High blood pressure, heart disease or other heart valve disorders, diseases of or any other disorders of the heart or blood vessel?</i>		
4. Sebarang bentuk kanser? <i>Any form of cancer?</i>		
5. Erythematosus lupus sistemik, atau lain-lain gangguan sistem imunisasi badan? <i>Systemic lupus erythematosus, or any other disorders of the immune system?</i>		
6. Selain daripada keadaan kesihatan yang dinyatakan di atas? <i>Any other health conditions other than the ones mentioned above?</i>		

B. Sejarah Perubatan/Obstetrik Dahulu atau Sekarang/ *Past or Present Medical/Obstetrics History*

Adakah terdapat sebarang sejarah atau adakah anda mempunyai apa-apa bukti sebarang penyakit atau keabnormalan untuk:
Is there any history of, or do you find any evidence of any disease or abnormality of:

	Ya/Tidak Yes/ No	Jika sebarang soalan dijawab "Ya", sila nyatakan butiran di bawah. Sila berikan butir-butir diagnosis, tarikh, tempoh dan keputusan kesemua ujian yang telah dijalankan. <i>If you have answered "Yes" to any questions, please give details below. Please include diagnosis, date, duration and results of all tests done.</i>
1. Kehamilan mendorong hipertensi, pra-eklampsia, eklampsia? <i>Pregnancy induced hypertension, pre-eclampsia, eclampsia?</i>		
2. Penyakit kandungan trophoblastik? <i>Gestational trophoblastic disease?</i>		
3. Proteinuria atau sebarang keabnormalan pada air kencing? <i>Proteinuria or any other abnormality in urine?</i>		
4. Glikosuria atau Gestational Diabetes mellitus? <i>Glycosuria or Gestational Diabetes mellitus?</i>		
5. Sejarah haemorrhage antipartum atau pendarahan PV? <i>History of antepartum haemorrhage or PV bleeding?</i>		
6. Sebarang keabnormalan placentar (termasuk placenta previa, abruption placentae)? <i>Any placental abnormalities (including placenta previa, abruption placentae)?</i>		
7. Anemia yang ketara (Hb<8.0mg/dl) semasa hamil? <i>Significant anaemia (Hb<8.0mg/dl) in pregnancy?</i>		
8. Tanda-tanda lemak dalam hati disebabkan kehamilan? <i>Evidence of fatty liver due to pregnancy?</i>		
9. Perubahan berat yang abnormal dan tidak seimbang dengan minggu kehamilan? <i>Abnormal weight change which is not proportionate to pregnancy weeks?</i>		
10. Bukti ketidaksuburan pangkal rahim? <i>Evidence of cervical incompetence?</i>		
11. Pengulangan bilangan UTI atau infeksi intra-rahim atau kebocoran cecair amniotik? <i>Repeated UTI or intra-uterine infection or leakage of amniotic fluid?</i>		
12. Kematian dalam rahim? <i>Intra-uterine demise?</i>		

13. Bukti kontraksi rahim pra matang? <i>Evidence of premature uterine contraction?</i>		
14. Bersalin tidak cukup bulan atau kematian bayi semasa kelahiran? <i>Pre-term labour or still birth?</i>		
15. Kemasukan ke hospital semasa kehamilan? <i>Hospitalisations during current pregnancy?</i>		
16. Sebarang komplikasi kehamilan yang lalu atau keabnormalan yang tidak dinyatakan di atas? <i>Any previous pregnancy complications or abnormalities not mentioned above?</i>		

C. Penilaian Janin (termasuk pemeriksaan, ultrasound, nuchal translucency)
Foetal assessment (including examination, ultrasound, nuchal translucency)

Adakah terdapat keabnormalan pada yang berikut?
Is there any abnormality of the following?

	Ya/Tidak <i>Yes/ No</i>	Jika sebarang soalan dijawab "Ya", sila nyatakan butiran di bawah. Sila berikan butir-butir diagnosis, tarikh, tempoh dan keputusan kesemua ujian yang telah dijalankan. <i>If you have answered "Yes" to any questions, please give details below. Please include diagnosis, date, duration and results of all tests done.</i>
1. Kedudukan janin? <i>Foetal position/presentation?</i>		
2. Saiz janin berkaitan dengan umur kehamilan (termasuk diameter bi-pariental, panjang femur & ukur lilit abdomen)/ Berat janin <i>Foetal size in relation to gestational age (including bi-pariental diameter, femur length & abdominal circumference)/ Foetal weight</i>		
3. Degupan jantung janin? <i>Foetal heart rate?</i>		
4. Pergerakan janin? <i>Foetal movement?</i>		
5. Bukti polihidromnios atau oligohidromnios? <i>Evidence of polyhydromnios or oligohydromnios?</i>		
6. Kecacatan pertumbuhan intra-rahim? <i>Intra uterine growth retardation?</i>		
7. Ada keabnormalan lain, yang tidak dinyatakan di atas? <i>Any other abnormalities, which are not mentioned above?</i>		

D. Lain-lain: Adakah pemohon menghidapi yang berikut :

Others: Has the applicant been found to have the following:

	Ya/Tidak Yes/ No	Jika sebarang soalan dijawab "Ya", sila nyatakan butiran di bawah. Sila berikan diagnos, tarikh, tempoh dan keputusan kesemua ujian yang telah dilakukan. <i>If you have answered "Yes" to any questions, please give details below. Please include diagnosis, date, duration and results of all tests done.</i>
1. Diuji positif untuk Rubella atau HIV? <i>Tested positive for Rubella or HIV?</i>		
2. Dikehendaki melalui persampelan Chorionic villous? <i>Required to undergo Chorionic villous sampling?</i>		
3. Dikehendaki melalui amniocentesis? <i>Required to undergo amniocentesis?</i>		
4. Saringan darah abnormal, ujian tiga kali atau kajian genetik? <i>Abnormal blood screening, triple test or genetic studies?</i>		
5. Ada sebarang ujian dikehendaki atau keabnormalan lain dikesan yang tidak dinyatakan di atas? <i>Any other tests required or abnormalities detected not mentioned above?</i>		

E. Keputusan ultrasound terkini (2D/3D/4D)

Latest ultrasound findings (2D/3D/4D)

Jenis ultrasound (2D/3D/4D) <i>Type of ultrasound (2D/3D/4D)</i>	
Umur kandungan mengikut setiap ultrasound <i>Gestational age as per ultrasound</i>	
Sebarang keputusan yang abnormal (Ya/ Tidak) <i>Any abnormal findings (Yes / No)</i>	
Sila berikan butiran penuh keputusan ultrasound <i>Please provide full details of the ultrasound findings</i>	

***Sila lampirkan salinan kesemua laporan siasatan (termasuk ujian darah, ujian air kencing, ultrasound dll)
Please attach copies of all investigation reports (including blood test, urine test, ultrasound etc.)***

F. Maklumat tambahan doktor
Doctor's additional information

Sila berikan sebarang maklumat tambahan (sebagai komen tambahan dan/atau keabnormalan yang dinyatakan di atas)
Please provide any additional information (as supplementary comment and/or abnormality not mentioned above).

Nama dan tandatangan doktor :
Name and signature of doctor

Tarikh :
Date

Cop klinik :
Clinic stamp

Saya dengan ini memberikan kebenaran tanpa syarat dan tanpa keraguan kepada pihak syarikat dan syarikat-syarikat bersekutunya untuk memproses data peribadi saya yang didedahkan di sini. Pihak syarikat adalah berkebebasan untuk memproses data berkenaan dan berkongsi maklumat yang didedahkan di sini kepada mana-mana penyedia perkhidmatan dan mana-mana syarikat bersekutunya dengan syarat bahawa pendedahan maklumat peribadi berkenaan adalah bertujuan dan berkaitan dengan insurans yang saya pohon di sini. Kebenaran ini diberikan selaras dengan peruntukan di bawah Akta Perlindungan Peribadi 2010.

I hereby give my unconditional and unequivocal consent to you and all your related companies to process my personal data revealed hereto. You are at liberty to process the data and share the information revealed thereto with any of your service providers and your other related companies provided that the revelation of my personal data strictly for the purpose in relation to the insurance which I have applied hereto. The consent given hereto is in line with the requirement set forth in the Personal Data Protection Act 2010.

Tandatangan Pemohon
Signature of Applicant

Tempat/ Place: _____

Tarikh/ Date: _____