

**PENYATA KEPADA PEMERIKSA PERUBATAN
STATEMENT TO THE MEDICAL EXAMINER**

Kenyataan Penting : Sila ambil perhatian bahawa menurut Jadual 9 Akta Perkhidmatan Kewangan 2013, anda adalah dengan ini diingatkan bahawa:
Important Notice : Please take note that pursuant to Schedule 9 of the Financial Services Act 2013, you are hereby reminded that:

- Anda dikehendaki untuk mengambil perhatian yang wajar agar tidak membuat sebarang salah nyata apabila menjawab setiap pertanyaan yang diajukan oleh kami iaitu anda perlu menjawab soalan dengan lengkap dan tepat/betul. Sila ambil perhatian bahawa semua soalan-soalan yang diminta oleh kami adalah berkaitan dengan keputusan kami sama ada untuk menerima risiko atau tidak, serta kadar dan terma yang terpakai.
You are required to take reasonable care not to make any misrepresentation when answering any questions asked by us i.e. you should answer the questions fully and accurately/correctly. Please note that all the questions that are asked by us are relevant to our decision whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.
- Jika terdapat sebarang perubahan kepada jawapan yang diberikan di dalam borang permohonan/cadangan dalam jarak masa antara borang permohonan/cadangan dikemukakan dan masa kontrak bermula, anda juga perlu mengisytiharkan perubahan tersebut dengan penuh dan tepat/betul.
If there are any changes to the answers given in the application/proposal form between the time of submission of the application/proposal form and the time the contract is entered into, you are also required to disclose to us fully and accurately/correctly such changes.
- Selain dari menjawab soalan-soalan dalam borang cadangan dengan penuh dan tepat/betul, anda juga perlu mengambil perhatian sewajarnya untuk mengisytiharkan dengan tepat/betul sebarang hal lain yang anda tahu ianya berkaitan dengan keputusan kami untuk menerima risiko atau tidak serta kadar dan terma yang terpakai.
In addition to answering the questions in the proposal form fully and accurately/correctly, you are also required to take reasonable care to disclose to us fully and accurately/correctly any other matters which you know to be relevant to our decision on whether to accept the risk or not and the rates and terms to be applied.
- Kegagalan anda memberikan jawapan yang lengkap dan tepat boleh menyebabkan polisi anda tidak diproses, tuntutan tidak dibayar atau dikurangkan, atau syarat-syarat polisi diubah;
Your failure to give answers that are full and accurate may result in your policy being avoided, a claim not being paid or reduced, or the terms of the policy being changed;
- Jika anda tidak memahami kewajiban/tugas anda seperti yang dinyatakan di atas atau jika anda memerlukan sebarang penjelasan, anda boleh menghubungi kami atau perunding jualan kami.
If you do not understand your obligation/duty as stated above or if you need any further explanation, you can contact us or our sales advisor.

Nama Penuh Pemohon Insurans Hayat
Full Name of Proposed Life _____

No. KP/PP _____ Tarikh Lahir _____ Umur _____ Lelaki Perempuan
NRIC/PP No. _____ Date of Birth _____ Age _____ Male Female

Nama Perunding Jualan dan No. Kod _____ Pekerjaan _____
Name of Sales Advisor and Code No. _____ Occupation _____

Jumlah Insurans dipohon _____ Insurans sedia ada _____
Amount of Insurance applied for now _____ Existing Insurance _____

Nama dan Alamat doktor peribadi anda atau doktor yang kerap memeriksa anda _____
Name and Address of your personal doctor or doctor that you frequent most _____

Adakah anda mengambil sebarang ubat sekarang? Ya Tidak
Are you on any medication at present? Yes No

Jika "Ya", nyatakan sebab dan jenis-jenis ubat _____
If "Yes", state reason and type of medication _____

Tarikh Pemeriksaan Terakhir _____ Nama Doktor Yang Memeriksa _____
Date of Last Consultation _____ Name of Doctor Consulted _____

Sebab Pemeriksaan _____
Reasons for this Consultation _____

Pernahkah anda diperiksa oleh PAKAR SAKIR JIWA pada BILA-BILA MASA? Ya Tidak
Have you at ANYTIME consulted a PSYCHIATRIST? Yes No

Jika "Ya", sila berikan butir-butir dan tarikhnya _____
If "Yes", give details and dates _____

KENYATAAN PERIBADI KEPADA PEMERIKSA PERUBATAN PERSONAL STATEMENT TO MEDICAL EXAMINER	Ya Yes	Tidak No	Butir-butir jawapan "Ya". (NYATAKAN NOMBOR SOALAN DAN BULATKAN PERKARA BERKENAAN. Sertakan diagnosis, tarikh, keputusan, tempoh, nama dan alamat semua doktor dan pusat perubatan yang memeriksanya). Details of "Yes" answers. (IDENTIFY QUESTION NUMBER AND CIRCLE APPLICABLE ITEMS. Include diagnosis, dates, results, duration, names and addresses of all attending doctors and medical facilities).
1. Pernahkah anda mengalami atau diberitahu bahawa anda mengalami atau pernah dirawat kerana/ Have you EVER had or been told you had or been treated for			
a. Epilepsi, pitam, serangan sawan, gangguan saraf atau mental, neuritis, lumpuh atau sebarang penyakit atau masalah otak atau sistem saraf yang lain? <i>Epilepsy, fainting, spells seizure, nervous or mental condition, neuritis, paralysis or any disease or abnormality of the brain or nervous system?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
b. Kepeningan, hilang kesedaran, sesak nafas, sakit dada, tekanan darah tinggi, debaran atau sebarang penyakit jantung, darah atau saluran darah? <i>Giddiness, loss of consciousness, breathlessness, chest pain, high blood pressure, palpitation or any disease of the heart, blood or blood vessel?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
c. Ludah berdarah, batuk kering, lelah, batuk-batuk, pluresi atau sebarang penyakit pernafasan atau paru-paru yang lain? <i>Blood spitting, tuberculosis, asthma, habitual cough, pleurisy or any respiratory or lung disease?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

<p>d. Masalah penghadaman berulang, ulser, hernia atau penyakit hepar, pundi hempedu, perut atau usus? <i>Recurrent indigestion, ulcer, hernia or disease of liver, gallbladder, stomach or intestine?</i></p> <p>e. Gula/albumin/batu karang dalam kencing, penyakit kelamin, masalah haid atau penyakit buah pinggang, prostate, saluran kencing atau sistem genital? <i>Urinary sugar/albumin/stones, venereal disease, menstrual disorder or disease of the kidney, prostate, urinary or genital system?</i></p> <p>f. Kencing manis, goiter atau sebarang penyakit atau masalah kelenjar tiroid atau kelenjar endokrin lain? <i>Diabetes, goiter or any disease or abnormality of the thyroid or other endocrine glands?</i></p> <p>g. Penyakit mata, telinga, hidung (termasuk hidung berdarah) atau kerongkong? <i>Disease of eyes, ears, nose (including nose bleeds) or throat?</i></p> <p>h. Kanser, tumor, sista atau sebarang ketumbuhan? <i>Cancer, tumour, cyst or any growth?</i></p> <p>i. Jaundis, Hepatitis, sebarang penyakit hepar atau menjadi pembawa Hepatitis? <i>Jaundice, Hepatitis, any disease of the liver or been a Hepatitis carrier?</i></p> <p>j. Malaria, disentri atau sebarang penyakit tropika? <i>Malaria, dysentery or any tropical diseases?</i></p> <p>k. Demam reumatik, artritis, gout atau sebarang penyakit tulang belakang, disk antara vertebra tergelincir, tulang, sendi, otot, tisu perantara, nodus limfa atau kulit? <i>Rheumatic fever, arthritis, gout or any disease of the spine, prolapsed intervertebral disc, bone, joint, muscle, connective tissue, lymph nodes or skin?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<p>Butir-butir jawapan "Ya". (NYATAKAN NOMBOR SOALAN DAN BULATKAN PERKARA BERKENAAN. Sertakan diagnosis, tarikh, keputusan, tempoh, nama dan alamat semua doktor dan pusat perubatan yang memeriksanya). <i>Details of "Yes" answers. (IDENTIFY QUESTION NUMBER AND CIRCLE APPLICABLE ITEMS. Include diagnosis, dates, results, duration, names and addresses of all attending doctors and medical facilities).</i></p>
<p>2. Pernahkah anda/ <i>Have you ever</i></p> <p>Menerima sebarang nasihat perubatan, kaunseling atau rawatan berkaitan AIDS, masalah berkaitan AIDS; atau sebarang keadaan lain berkaitan AIDS atau diberitahu menghidapinya; ATAU menjalani ujian HIV (Sila nyatakan keputusan), ATAU dalam 3 bulan lalu mengalami mana-mana gejala berikut terus-menerus selama lebih seminggu: keletihan, kehilangan berat badan, cirit birit, nodus limfa bengkak atau lasak kulit luar biasa? <i>Received any medical advice, counselling or treatment in connection with AIDS, AIDS Related Complex or any other AIDS related condition; or been told you had any of these; OR that you had HIV testing done (please state result), OR in the last 3 months had any of the following symptoms for more than one week continuously: fatigue, weight loss, diarrhoea, enlarged lymph nodes or unusual skin lesions?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>3. Dalam 5 TAHUN YANG LALU, pernahkah anda <i>In the PAST 5 YEARS, have you had any</i></p> <p>a. Menjalani ujian diagnostik seperti X-Ray, mamografi, elektrokardiogram, imbasan CT, echo, ultrasonogram, ujian darah atau air kencing? <i>Diagnostic test such as X-Ray, mammography, electrocardiogram, CT scanning, echo or ultrasonogram, blood or urine studies?</i></p> <p>b. Mengalami kesakitan, kecederaan, pembedahan, menerima nasihat perubatan, menjalani rawatan di hospital atau pemeriksaan fizikal yang tidak tersebut di atas? <i>Illness, injury, operation, medical advice, hospital treatment or physical check-up not mentioned above?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<p>4 a. Adakah anda menghisap rokok, paip, cerut dan sebagainya? <i>Do you smoke cigarettes, pipes, cigar etc?</i> Jika ya, dalam bentuk apa, jumlahnya dan sudah berapa lama? <i>If so, in what form, quantity and duration?</i></p> <p>_____</p> <p>b. Adakah anda minum bir, wain atau arak? <i>Do you drink beer, wine or spirits?</i> Jika ya, dalam bentuk apa, dan jumlahnya? <i>If so, in what form, quantity?</i></p> <p>_____</p> <p>c. Pernahkah anda ketagih minum lebih banyak daripada sekarang? <i>Have you at any time been in the habit of drinking more heavily than you do now?</i> Jika ya, sila berikan butir-butir. <i>If so, please give details.</i></p> <p>_____</p> <p>d. Pernahkah anda menggunakan dadah atau narkotik yang menyebabkan ketagihan atau dirawat kerana ketagihan arak atau dadah? <i>Have you ever used habit forming drugs or narcotics or been treated for alcoholism or drug habit</i></p> <p>e. Adakah anda mengalami kecacatan fizikal atau masalah kesihatan lain? <i>Have you any other physical defects or health impairments?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

5a. Sejauh yang anda ketahui atau percayai, pernahkah mana-mana anggota keluarga terdekat anda menghidap atau mati akibat kanser, batuk kering, kencing manis, penyakit jantung, darah tinggi, penyakit mental, penyakit buah pinggang atau sebarang penyakit keturunan yang lain? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>To the best of your knowledge and belief, has any of your immediate family ever had or died from cancer, tuberculosis, diabetes, heart disease, hypertension, mental disease, kidney disease or any other hereditary disease?</i>			
b. Pernahkah pasangan anda menghidapi sebarang penyakit berkaitan dengan AIDS atau didapati positif dalam ujian HIV? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Has your spouse suffered from any AIDS related condition or been tested HIV positive?</i>			
6. Rekod Keluarga <i>Family Record</i>	Usia jika Hidup <i>Age if Living</i>	Sebab Kematian <i>Cause of Death</i>	Usia Ketika Kematian <i>Age at Death</i>
Bapa <i>Father</i>			
Ibu <i>Mother</i>			
Adik beradik <i>Brothers/Sisters</i>			
7a. Adakah berat badan anda berubah lebih daripada 5 kg dalam setahun yang lalu? Jika ya, mengapa? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Has your weight changed more than 5 kg in the past years? If yes, why?</i> _____			
b. Pernahkah permohonan insurans hayat anda ditolak, ditarik balik, ditangguh, dipersoal, dihidupkan semula atau diubahsuai dalam sebarang cara? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Has any application for insurance on your life ever been declined, withdrawn, postponed, rated, reinstated or modified in any way?</i>			
8. WANITA SAHAJA <i>FEMALE ONLY</i>			
a. Pernahkah anda menghidap sebarang penyakit payu dara atau organ kelamin atau mengalami kesulitan sewaktu melahirkan anak? <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Have you ever had any disease of the breast or female organs or complications at child-birth?</i>			
b. Adakah anda hamil sekarang? Jika ya, berapa bulan? _____ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <i>Are you now pregnant? If so, how many months?</i>			

**PERAKUAN & KEBENARAN
DECLARATION & CONSENT**

Saya, yang menurunkan tandatangan, dengan ini mengesahkan bahawa jawapan yang saya berikan di atas adalah penuh, lengkap dan benar dan bersetuju bahawa ia akan menjadi sebahagian daripada sebarang polisi, dalam mana jawapan ini akan atau mungkin menjadi asas tindakan Syarikat.

Setelah membaca dan memahami kandungan borang ini, saya dengan ini seterusnya memberikan kebenaran kepada mana-mana pemeriksa perubatan yang dilantik oleh Syarikat atau makmal yang ditetapkan untuk menjalankan atau melakukan ujian darah dan/atau air kencing, seperti yang diperlukan untuk meluluskan permohonan perlindungan insurans saya. Ini boleh meliputi, tetapi tidak terhad kepada, ujian-ujian kolesterol dan lipid darah berkaitan, diabetes, masalah hepar atau buah pinggang, jangkitan virus AIDS, masalah daya tahan penyakit, atau kehadiran ubat, dadah, nikotin atau metabolitnya.

Dengan syarat bahawa, kecuali kebenaran saya diperolehi terlebih dahulu, Syarikat pada setiap masa hendaklah merahsiakan segala keputusan ujian sedemikian dan hanya menggunakannya untuk tujuan permohonan saya atau permohonan insurans selanjutnya daripada Syarikat, melainkan jika perlu dimaklumkan mengikut kehendak Persatuan Insurans Hayat Malaysia, mana-mana Pihak Berkuasa Kerajaan atau oleh Undang-undang dan dengan syarat selanjutnya bahawa Syarikat hendaklah sentiasa berhati-hati dalam menjalankan sebarang ujian sedemikian, tetapi tidak akan bertanggungjawab terhadap sebarang kejadian, tindakan atau kegagalan di luar jangkaan, melainkan Syarikat telah melakukan kecuaiian.

Saya dengan ini, seterusnya membenarkan mana-mana doktor, hospital, klinik, syarikat insurans atau pertubuhan, institusi atau orang lain yang mempunyai rekod atau pengetahuan mengenai saya atau kesihatan saya, untuk memaklumkan kepada Syarikat atau wakil sebarang dan segala maklumat berkaitan dengan kesihatan dan sejarah perubatan saya, dan sebarang kemasukan ke hospital, nasihat, rawatan, penyakit atau kesakitan. Salinan fotostat kebenaran ini hendaklah dianggap sah dan sama seperti yang asal.

I, the undersigned, hereby confirm that the above answers given by me, are full, complete and true and agreed that they form part of any policy, where these answers are or may be, relied upon the Company.

Having read and understood the contents hereof, I also, hereby authorize any of the Company's appointed medical examiners or designated laboratories to conduct or perform blood and/or urine tests, as may be necessary to underwrite my application for Insurance coverage. These may include, but are not limited to, tests for cholesterol and related blood lipids, diabetes, liver or kidney disorders, infection by the AIDS virus, immune disorders or the presence of medication, drugs, nicotine or their metabolites.

Provided that, unless my prior consent has been obtained, the Company shall, at all times, keep all results of any such tests confidential and the use thereof shall only be for the purpose of my application or further application for insurance with the Company except to such an extent that disclosure is required by the Life Insurance Association of Malaysia, any proper Government Authority or by Law and further provide that the Company shall use all care in carrying out any such test, but shall not be liable for any unforeseen occurrences, act or omission, unless the Company has been negligent.

I hereby further authorize any physician, hospital, clinic, insurance company or other organization, institution or person, that has any records or knowledge of me or my health, to disclose to the Company or its representative any and all information about me with reference to my health and medical history and any hospitalization, advice, treatment, disease or ailment. A photostat copy of this authorization shall be as effective and valid as the original.

Bertarikh pada _____ haribulan _____ 20 _____
 Dated at _____ on _____

Disaksikan oleh (Pemeriksa Perubatan)
 Witnessed by (Medical Examiner) _____

Tandatangan Pemohon
 Signature of Proposed Insured _____

LAPORAN SULIT OLEH PEMERIKSA PERUBATAN MEDICAL EXAMINER'S CONFIDENTIAL REPORT

PEMERIKSAAN INI HENDAKLAH DIJALANKAN SECARA SULIT. PIHAK KETIGA TIDAK BOLEH HADIR
THIS EXAMINATION SHOULD BE MADE IN PRIVATE. NO THIRD PERSON SHOULD BE PRESENT

<p>9. Pernahkah tuan/puan menemui pemohon insurans hayat secara profesional sebelum ini? Jika "Ya", sila semak rekod tuan/puan untuk mengesahkan bahawa segala perkara dalam sejarah fizikal pemohon insurans hayat telah diisytiharkan di muka sebelah. Jika tidak, sila berikan butir-butir mengenai sebarang perkara yang tertinggal atau tidak tepat. <i>Have you ever seen the proposed life professionally before? If "Yes", we would appreciate if you would review your records to confirm that all items of the proposed life's physical history have been declared overleaf. If not, please give details of any omissions or inaccuracies.</i></p>	Ya Yes	Tidak No	BUTIR-BUTIR – SILA BERIKAN BUTIR-BUTIR PENUH MENGENAI HASIL DAN PENDAPAT NEGATIF. DETAILS – PLEASE GIVE FULL DETAILS OF ADVERSE FINDINGS AND OPINIONS.		
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<p>10. Adakah tuan/puan mempunyai apa-apa pertalian persaudaraan dengan Pemohon Insurans Hayat atau Perunding Jualannya? <i>Are you in any way related to the Proposed Life or to the Sales Advisor?</i></p>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>			
<p>11 a. Adakah terdapat apa-apa bukti mengenai ulser, hernia, buasir, fistula atau vena varikos? <i>Is there any evidence of ulcers, hernia, piles, fistula or varicose veins?</i></p> <p>b. Adakah wajahnya menunjukkan masalah kesihatan? <i>Does appearance indicate poor health?</i></p> <p>c. Adakah beliau kelihatan lebih tua daripada usia yang dinyatakan? <i>Does he/she appear older than stated age?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>			
Ketinggian (sm) <i>Height (cm)</i>	Berat (kg) <i>Weight (kg)</i>	UNTUK LELAKI SAHAJA <i>FOR MALES ONLY</i>			
		Dada (sm) / Chest (cm) (hembus nafas) / (force expiration)	Dada (sm) / Chest (cm) (hembus nafas) / (force expiration)		
Tahap penglihatan <i>Visual acuity</i>	belum dibetulkan <i>uncorrected</i>	dibetulkan <i>corrected</i>			
Mata kanan <i>Right eye</i>					
Mata kiri <i>Left eye</i>					
<p>12. Adakah tuan/puan menemui sebarang bukti penyakit atau masalah lama atau sekarang, meliputi <i>Do you find any evidence of past or present disease or abnormality of</i></p> <p>a. Sistem pernafasan (paru-paru, pleura, dinding dada)? <i>Respiratory system (lungs, pleura, chest wall)?</i></p> <p>b. Sistem saraf pusat atau sampingan (termasuk refleks, cara jalan, lumpuh)? <i>Central or peripheral nervous system (including reflexes, gait, paralysis)?</i></p> <p>c. Sistem genitourinary? <i>Genito-urinary system?</i></p> <p>d. Sistem gastrousus? <i>Gastrointestinal system?</i></p> <p>e. Kulit, tulang atau sendi (termasuk vena varikos, kecacatan, tempang, pembedahan anggota, parut/tanda pengenalan)? <i>Skin, bones or joints (including varicose veins, deformities, lameness, amputations, scars/identifying marks)?</i></p> <p>f. Mata, telinga, hidung, kerongkong dan mulut (termasuk masalah penglihatan atau pendengaran)? <i>Eyes, ears, nose, throat and mouth (including impairment of sight or hearing)?</i></p> <p>g. Kelenjar tiroid atau kelenjar endokrin lain atau sistem metabolik atau hematopoiesis? <i>Thyroid or other endocrine glands or metabolic and haemopoietic system?</i></p> <p>h. Sistem Limfatik? <i>Lymphatic system?</i></p> <p>i. Payu dara? <i>Breasts?</i></p>				<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>

<p>13. (A) ANALISIS AIR KENCING <i>URINALYSIS</i></p> <p><small>Nota : Jumlah surih mesti dicatit N.B : "Trace" amount must be noted</small></p>	Darah* <i>Blood*</i>	Gula <i>Sugar</i>	Albumin <i>Albumin</i>	Graviti Spesifik <i>Specific Gravity</i>	<p>BUTIR-BUTIR – SILA BERIKAN BUTIR-BUTIR PENUH MENGENAI HASIL DAN PENDAPAT NEGATIF. <i>DETAILS – PLEASE GIVE FULL DETAILS OF ADVERSE FINDINGS AND OPINIONS.</i></p>	
<p>Hantar spesimen untuk analisis air kencing mikroskopik jika <i>Send specimen for microscopic urinalysis if</i></p> <p>a. Tekanan darah melebihi 140/90 <i>Blood pressure is 140/90</i></p> <p>b. Albumin, darah atau gula dikesan <i>Albumin, blood or sugar is present</i></p> <p>c. Terdapat tanda-tanda atau sejarah penyakit saluran kencing <i>There are any findings or history of urinary disease</i></p> <p>d. Pemohon menghadapi kencing manis atau sedang dirawat kerana tekanan darah tinggi <i>Applicant is a diabetic or under treatment for blood pressure</i></p> <p>e. Sejarah kencing manis dalam keluarga <i>Family history of diabetes</i></p> <p>*Untuk pemohon wanita nyatakan LMP jika darah dikesan. <i>*Female clients to indicate LMP when blood is present.</i></p>						
<p>(B) Adakah darahnya dihantar untuk analisis? <i>Is blood specimen sent for analysis?</i></p> <p>Jika "Ya", profil mana? <i>If "Yes", which profile?</i></p>					<p>Ya Yes</p> <p><input type="checkbox"/></p>	<p>Tidak No</p> <p><input type="checkbox"/></p>
<p>14. TEKANAN DARAH (jika tahap sistolik melebihi 140 atau diastolik melebihi 90 atau mempunyai sejarah hipertensi, catatkan 3 bacaan). <i>BLOOD PRESSURE (if over 140 systolic or 90 diastolic or with history of hypertension, record 3 readings)</i></p>						
Sistolik <i>Systolic</i>	mmHg	mmHg	mmHg			
Diastolik (Fasa ke-5) <i>Diastolic (5th phase)</i>	mmHg	mmHg	mmHg			
<p>15. NADI <i>PULSE</i></p> <p style="text-align: center;">Semasa Rehat <i>At Rest</i></p>						
Kadar Seminit <i>Rate Per Minute</i>						
Denyutan Tidak Tetap Seminit <i>Irregularities Per Minute</i>						
<p>16. JANTUNG: Degupan Apeks terletak di _____ ruang interkostal <i>HEART: Apex Beat located in _____ intercostals space</i></p> <p>iaitu _____ sm ke <input type="checkbox"/> Kiri <input type="checkbox"/> Kanan GARIS TENGAH STERNUM. <i>cm to the Left Right of the MIDSTERNAL line.</i></p> <p>Adakah jantungnya bengkak? <i>Is the heart enlarged?</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Adakah apa-apa tanda <i>Is there any</i></p> <p>a. Arteriosklerosis atau aneurism? <i>Arteriosclerosis or aneurysm</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>b. Hipertrofi atau edema? <i>Hypertrophy or oedema?</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>c. Deruan (jika terdapat deruan, huraikan di bawah) <i>Murmur (if murmur is present, describe below)</i> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>Lokasi <input type="checkbox"/> dekat sternum <input type="checkbox"/> apeks <input type="checkbox"/> kawasan aortik <i>Location parasternal apex aortic area</i></p> <p><input type="checkbox"/> tapak <input type="checkbox"/> kawasan pulmonari <i>base pulmonary area</i></p>						

<p>Jangka Timing</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> sistolik <i>systolic</i></td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> diastolik <i>diastolic</i></td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> prestolik <i>presystolic</i></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> panastolik <i>panystolic</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Tahap Intensity</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> perlahan <i>soft</i></td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> sederhana <i>moderate</i></td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> kuat <i>loud</i></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> <p>Penyaluran Transmission</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> tiada <i>none</i></td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> aksilia <i>axilia</i></td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> skapula <i>scapula</i></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> </table> <p>Lepas senaman After exercise</p> <table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> hilang <i>absent</i></td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> berkurangan <i>decreased</i></td> <td style="width: 25%;"><input type="checkbox"/> tidak berubah <i>unchanged</i></td> <td style="width: 25%;"></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> bertambah <i>increased</i></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table> <p>Diagnosis <i>Diagnosis</i> _____</p> <p>Adakah berlaku dispnea berlebihan selepas senaman? <i>Is there excessive dyspnea after exercise?</i></p>	<input type="checkbox"/> sistolik <i>systolic</i>	<input type="checkbox"/> diastolik <i>diastolic</i>	<input type="checkbox"/> prestolik <i>presystolic</i>		<input type="checkbox"/> panastolik <i>panystolic</i>				<input type="checkbox"/> perlahan <i>soft</i>	<input type="checkbox"/> sederhana <i>moderate</i>	<input type="checkbox"/> kuat <i>loud</i>		<input type="checkbox"/> tiada <i>none</i>	<input type="checkbox"/> aksilia <i>axilia</i>	<input type="checkbox"/> skapula <i>scapula</i>		<input type="checkbox"/> hilang <i>absent</i>	<input type="checkbox"/> berkurangan <i>decreased</i>	<input type="checkbox"/> tidak berubah <i>unchanged</i>		<input type="checkbox"/> bertambah <i>increased</i>				<p>BUTIR-BUTIR – SILA BERIKAN BUTIR-BUTIR PENUH MENGENAI HASIL DAN PENDAPAT NEGATIF. <i>DETAILS – PLEASE GIVE FULL DETAILS OF ADVERSE FINDINGS AND OPINIONS.</i></p>
<input type="checkbox"/> sistolik <i>systolic</i>	<input type="checkbox"/> diastolik <i>diastolic</i>	<input type="checkbox"/> prestolik <i>presystolic</i>																							
<input type="checkbox"/> panastolik <i>panystolic</i>																									
<input type="checkbox"/> perlahan <i>soft</i>	<input type="checkbox"/> sederhana <i>moderate</i>	<input type="checkbox"/> kuat <i>loud</i>																							
<input type="checkbox"/> tiada <i>none</i>	<input type="checkbox"/> aksilia <i>axilia</i>	<input type="checkbox"/> skapula <i>scapula</i>																							
<input type="checkbox"/> hilang <i>absent</i>	<input type="checkbox"/> berkurangan <i>decreased</i>	<input type="checkbox"/> tidak berubah <i>unchanged</i>																							
<input type="checkbox"/> bertambah <i>increased</i>																									
<p>17. Selepas menyemak seluruh hasil siasatan, adakah tuan/puan mengesyaki sebarang masalah jantung atau sistem vaskularnya? <i>Do you suspect any abnormality in the heart or vascular system upon review of your overall findings?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
<p>18. Adakah apa-apa sebab untuk tuan/puan mempercayai bahawa pemohon insurans hayat mempunyai risiko menghidap AIDS lebih tinggi daripada biasa? Jika ya, mengapa? <i>Do you have any reason to believe that the proposed insured is a higher than average risk for AIDS? If so, why?</i></p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>																								
<p>19. a. Adakah tuan/puan menyedari sebarang ciri kurang baik yang mungkin menjejaskan jangka hayatnya <i>Are you aware of any unfavourable features likely to affect his/her longevity</i></p> <p style="margin-left: 20px;">i. Dalam sejarah peribadi atau keluarga? <i>In the personal or family history?</i></p> <p style="margin-left: 20px;">ii. Didedahkan oleh pemeriksa tuan/puan? <i>Disclosed by your medical examination?</i></p> <p>b. Adakah tuan/puan mengesyorkan sebarang ujian atau laporan lanjutan? <i>Do you recommend any additional tests or reports?</i></p> <p>c. Adakah tuan/puan mengetahui sebarang fakta mengenai risiko ini yang tidak dinyatakan sebelum ini? <i>Do you know any facts about this risk not brought up earlier?</i></p> <p>d. Apakah tanggapan umum tuan/puan mengenai pesakit selepas menjalankan pemeriksaan? <i>What is your general impression of the patient after completing your medical examination?</i></p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>	<p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p style="margin-left: 20px;"><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p>																								

**PERAKUAN
DECLARATION**

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah menjalankan pemeriksaan ini secara sulit di
I hereby certify that I have made this examination in private at

pada _____ haribulan _____ 20 _____ pada jam _____ pg/ptg/mlm.
on the _____ day of _____ at _____ am/pm.

Nama Pemeriksa _____
Name of Examiner

Tandatangan Pemeriksa _____
Signature of Examiner

No. Kod Pemeriksa _____
Examiner's Code Number

No. KP _____
NRIC No.

Cop Klinik _____
Clinic Rubber Stamp

DOKTOR – SILA SEMAK LAPORAN SUPAYA TIADA PERKARA YANG TERTINGGAL
DOCTOR – PLEASE CHECK YOUR REPORT FOR OMISSIONS