

## Soal Selidik Penyakit Tiroid – Pakar Perubatan

### *Thyroid Disease Questionnaire – Physician*

No. Permohonan:  
*Application No.:*

Tarikh:  
*Date:*

Nama Penuh:  
*Full Name:*

- 1) Sila nyatakan diagnosa sebenar gangguan kelenjar tiroid yang dihidap dan tarikh pertama kali didiagnosa. (Misalnya, Hashimoto's thyroiditis, congenital hypo/hyperthyroidism, thyrotoxicosis, Grave's disease, toxic multi-nodular goitre dan sebagainya) // *Please state the diagnosis of thyroid disorder encountered and date of first dignosed. (eg. Hashimoto's thyroiditis, congenital hypo/hyperthyroidism, thyrotoxicosis, Grave's disease, toxic multi-nodular goitre, etc)*

<i>Tarikh/ Date</i>	<i>Diagnosa/ Diagnosis</i>

- 2) Bagaimanakah pesakit tuan/puan dirawat? // *How was the patient being treated?*

Rawatan perubatan dengan ubat antitiroid // *Medical treatment with antithyroid drug*

Rawatan perubatan dengan radioiodine // *Medical treatment with radioiodine*

Pembedahan // *Surgery*

Lain-lain (Sila nyatakan). // *Others (Please specify).*

- 3) Bilakah rawatan bermula? // *When was the treatment commenced?*

- 4) Adakah penyakit berulang? Jika YA, sila nyatakan tarikh-tarikh dan butiran terperinci.  
*Any recurrence episode(s)? If YES, please provide the date(s) and details.*

- 5) a) Sila nyatakan tarikh rawatan terakhir. // *Please state the date of last treatment.*

- b) Sila nyatakan tarikh rundingan susulan terakhir. // *Please state the date of last follow-up consultation.*

Ya  
Yes

Tidak  
No

- 6) Masihkah pesakit mengambil ubat? Jika YA, apakah ubat dan dos yang sedang diambil?/ *Is your patient currently on medication? If YES, what types and dosages of medication is he/she using?*

Ubat-ubatan/ Medications	Dos/ Dosage

- 7) Adakah kadar nadinya pada paras normal sekarang?/ *Is your pulse normal now?*  
Jika TIDAK, sila nyatakan nadinya./ *If NO, please state pulse rate.*

- 8) Adakah penyakit di atas melibatkan nodul tiroid tunggal (Sila nyatakan jika lain-lain)  
*Does it involve a solitary thyroid nodule. (Please specify if others)*

- a) Adakah saiznya bertambah?/ *Any increase in size?*  
b) Adakah ia sejuk atau panas?/ *Is it cold or warm?*

- c) Adakah fungsi tiroidnya normal? Jika TIDAK, sila nyatakan bacaan TSH, T3 dan T4 yang terkini.  
*Is the thyroid function normal? If NO, please give us the latest TSH, T3 and T4 readings that you have.*

Tarikh/ Date	Parameter/ Parameters	Bacaan/ Readings
	TSH	
	T3	
	T4	

- 9) Dengan biopsi, sila jelaskan pemerhatian histologinya dan serahkan salinan fotostat kepada kami.  
*With biopsy, please describe the histology findings and extend us a photocopy.*

- 10) Adakah penyakitnya terkawal dengan baik?/ *Is his/her disease under well-controlled?*

- 11) Adakah pesakit mempunyai sebarang risiko kardiovaskular seperti masalah jantung, hipertensi, merokok, obesiti, kencing manis, hiperlipidemia dan seumpamanya? Jika YA, sila berikan butiran terperinci.  
*Is there any cardiovascular risks on the patient? Eg. Heart problem, hypertension, smoking, obesity, diabetes mellitus, hyperlipidaemia etc. If YES, please provide full details.*

---

---

- 12) Sila berikan ulasan tentang apa-apa faktor atau keadaan lain yang boleh mempengaruhi prognosis gangguan kelenjar tiroid pesakit.  
*Please comment on any other underlying factor(s) or condition(s) which may influence the patient's thyroid disorder.*

---

---

- 13) Akankah pesakit dicadangkan untuk menjalani sebarang penyiasatan, imbasan/pengimejan, rawatan, prosedur perubatan, pembedahan atau rundingan susulan pada masa depan. Jika YA, sila nyatakan tarikh dan terangkan rancangan tersebut.  
*Will there be any planned investigations, imagings, treatments, medical procedures, surgery or follow-up consultations on the patient in future? If YES, please specify the date and describe the plan(s) details.*

---

---

Tandatangan Pakar Perubatan:  
*Signature of Physician:*

---

Tarikh:  
*Date:*

---

Sila lekatkan cop klinik/hospital  
*Please affix with clinic/hospital rubber stamp*