

Serial no:

PEMERIKSAAN KESIHATAN
PERMOHONAN LESEN MEMANDU ORANG KURANG UPAYA
MEDICAL EXAMINATION FOR THE APPLICATION OF DRIVING LICENCE FOR THE DISABLED

Bahagian I: Maklumat Pemohon (Diisi oleh Pemohon)
Part I: Applicant's information *(To be filled by the applicant)*

Nota: Jika sedang mendapat rawatan untuk sebarang masalah kesihatan, sila lampirkan surat/laporan daripada doktor yang merawat.
Note: *If on treatment for any medical conditions please attach medical report from the attending doctor.*

Nama Pemohon : <i>Applicant's Name :</i>	Tarikh Pemeriksaan: <i>Date of Examination:</i>
Alamat : <i>Address:</i>	
No. Kad Pengenalan: <i>NRIC No.:</i>	No. Pendaftaran OKU (Jika ada): <i>Disabled Person's Reg.No. (if available):</i>
No. Kad Pengenalan Tentera/Polis (jika berkaitan): <i>Police/Army ID No. (if relevant) :</i>	
No. Pasport (jika berkaitan): <i>Passport No. (if relevant):</i>	
Jantina : <i>Sex:</i>	<input type="checkbox"/> Lelaki <i>Male</i> <input type="checkbox"/> Perempuan <i>Female</i>
Tarikh Lahir : <i>D.O.B:</i>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
No. Telefon : <i>Contact No. :</i>	Rumah: <i>House:</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Bimbit : <i>Mobile:</i> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
JENIS KURANG UPAYA (TYPE OF DISABILITY):	
<input type="checkbox"/> Penglihatan <i>Vision</i> <input type="checkbox"/> Pendengaran <i>Hearing</i> <input type="checkbox"/> Fizikal <i>Physical</i> <input type="checkbox"/> Lain-lain (Nyatakan) :..... <i>Others (Specify):</i>	
KELAS LESEN (CLASS OF LICENCE):	
<input type="checkbox"/> Kereta <i>Car</i> <input type="checkbox"/> Motosikal <i>Motorcycle</i> <input type="checkbox"/> Kereta dan Motosikal <i>Car and Motorcycle</i> <input type="checkbox"/> Lain-lain (Nyatakan):..... <i>Others</i>	
Nota/Note : 1. Borang ini perlu dibawa bersama jika dirujuk kepada pakar <i>This form should be brought by applicant if referred to specialist</i> 2. Hanya pengesahan (Bahagian V) perlu dikemukakan kepada Jabatan Pengangkutan Jalan <i>Only certification (Part V) should be submitted to the department of Road Transport</i> 3. Untuk permohonan lesen memandu kenderaab berat, pemeriksaan akan dilakukan berdasarkan individu dan mematuhi standard yang sesuai <i>For applications of heavy vehicle licenses, assessment will be done on individual basis and subject to appropriate standards.</i>	

Bahagian II: Sejarah Kesihatan (Diisi oleh Pengamal Perubatan)
Part II: Medical History (To be filled by examining doctor)

MASALAH PERUBATAN / PENYAKIT / DIAGNOSA SEMASA:
PRESENT MEDICAL PROBLEM/ ILLNESS/ KNOWN DIAGNOSIS:

SEJARAH KESIHATAN LAIN:
OTHER MEDICAL HISTORY :

Diabetes / *Diabetes*

Sawan / *Epilepsy*

Asma / *Asthma*

Penyakit Jantung / *Ischaemic Heart Disease*

Lain-lain / Others _____

SEJARAH RAWATAN DAN SENARAI UBATAN YANG SEDANG DIGUNAKAN:
TREATMENT HISTORY AND LIST OF MEDICATION CURRENTLY BEING USED:

Bahagian III: Pemeriksaan Kesihatan (Diisi oleh Pengamal Perubatan)
Part III : Medical Examination (To be filled by examining doctor)

A. PEMERIKSAAN UMUM

Kadar nadi
Pulse rate

Tekanan darah
Blood Pressure

B. PEMERIKSAAN FUNGSI PENGLIHATAN (VISUAL FUNCTION ASSESSMENT)

Tahap penglihatan

(Dengan kaca mata / kanta sentuh sekiranya memakai kaca mata / kanta sentuh)
 Berdasarkan Carta Snellen sama ada carta nombor, abjad atau carta E pada jarak 6 meter

Visual Acuity (with glasses/contact lenses if wearing them)
Based on Snellen's Chart whether numerical, alphabetical or E chart at a distance of 6 metres

Mata Kanan (<i>Right eye</i>)	Mata Kiri (<i>Left eye</i>)

Medan Penglihatan
(Visual Field by Confrontation Test)

Normal Abnormal → Rujuk Pakar Oftalmologi
Refer to Ophthalmologist

Nampak dua bila memandang ke depan
(Diplopia when looking straight)

Tidak Ya → Rujuk Pakar Oftalmologi/Optometrst
No Yes Refer to Ophthalmologist/Optometrst

Maklumbalas dari Pakar Oftalmologi
Feedback from Ophthalmologist

	Keputusan <i>Findings</i>	Ulasan <i>Remarks</i>
Tahap Penglihatan <i>Visual acuity</i>		
Medan Penglihatan <i>Visual Fields</i>		

	Keputusan <i>Findings</i>	Ulasan <i>Remarks</i>
Diplopia		

C. NEUROLOGI (NEUROLOGY)

BAHAGIAN SEJARAH PERUBATAN <i>MEDICAL HISTORY SECTION</i>		Ya <i>Yes</i>	Tidak <i>No</i>	Catatan <i>Remarks</i>
1.	Mengalami jenis epilepsi / sawan? <i>Had any epilepsy or fits?</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	a) Sekiranya "Ya" sila nyatakan tarikh serangan terakhir: <i>If "Yes", please specify the date of the last attack:</i>			<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	*Nota: Sila rujuk doktor yang merawat . <i>*Note: Please refer to examining doctor.</i>			
2.	Mempunyai sejarah/tanda/gejala untuk masalah seperti tersenarai di bawah: <i>Having history/signs/symptoms for conditions listed below:</i>	Ya	Tidak	
	a) Pernah mengalami masalah pitam atau pengsan?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Ever experienced loss of consciousness?*</i>			
	b) Penyakit/kecederaan kepada Sistem Saraf Pusat ?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Central Nervous System Disorder/ Diseases / Injury?*</i>			
	c) Penyakit/kecederaan kepada Sistem Saraf Periferi ?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Peripheral Nervous System Disorder/ Diseases / Injury?*</i>			
	d) Cerebral Palsy ?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Cerebral Palsy ?*</i>			
	e) Serangan Pening/Vertigo/Pusing-pusing yang tiba-tiba dan menghilangkan keupayaan ?*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	<i>Giddiness/Vertigo/Sudden Dizziness causing Disablement ?*</i>			
	Note: Jika mana-mana jawapan bagi soalan no.2 adalah 'Ya' atau jika pemohon pernah mengalami kecederaan di kepala atau doktor mensyaki masalah kognitif, pemeriksaan fungsi kognitif (no.1) perlu dijalankan. <i>If any of the answers to question no.2 is 'Yes' or if the applicant has suffered head injury or the doctor suspect any cognitive problems, cognitive function test (no.1) should be carried out.</i>			

BAHAGIAN PEMERIKSAAN PERUBATAN MEDICAL EXAMINATION SECTION		
1. Fungsi Kognitif Cognitive Function	Markah Ya = 1, Tidak = 0 Score Yes = 1, No = 0	
Ingatan <i>Memory</i>	Markah Score	Catatan Remarks
a) Boleh mengingati nombor-nombor yang disebut. <i>Able to remember numbers</i>		
b) Tahu umur <i>Knows his/her age</i>		
c) Boleh mengingati tarikh/tahun dilahirkan <i>Able to remember date/year of birth</i>		
d) Persepsi <i>Perception</i>		
Kesedaran <i>Orientation</i>	Markah Score	Catatan Remarks
e) Sedar hari pemeriksaan dijalankan <i>Able to identify day of examination</i>		
f) Sedar bulan pemeriksaan dijalankan <i>Able to identify month of examination</i>		
g) Sedar tahun pemeriksaan dijalankan <i>Able to identify year of examination</i>		
h) Sedar dimana dia berada <i>Aware of location</i>		
i) Tahu pekerjaan yang dilakukan <i>Knows his/her profession</i>		
Daya ingatan <i>Memory recall</i>	Markah Score	Catatan Remarks
j) Kebolehan mengingati semula nombor yang disebut pada awal pemeriksaan <i>Ability to recall the earlier mentioned number</i>		
Jumlah Markah <i>Total Score</i>		
Pemarkahan Score		
0-4 Berkemungkinan Demantia <i>Probable Dementia</i>	5-6 Pertengahan <i>Borderline</i>	>7 Normal <i>Normal</i>
<p>Bagi mereka yang mendapat markah 5 atau kurang, mereka hendaklah dirujuk kepada pakar psikiatrik untuk pemeriksaan lanjut. <i>All those score of 5 or less to be referred to psychiatrist for further assessment.</i></p> <p>Catatan : <i>Remarks:</i></p>		

2. Anggota atas <i>Upper limb</i>		KANAN <i>RIGHT</i>		KIRI <i>LEFT</i>	
a) Tona <i>Tone</i>	<input type="checkbox"/> Normal <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/> Abnormal <i>Abnormal</i>	<input type="checkbox"/> Normal <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/> Abnormal <i>Abnormal</i>	
b) Kekuatan <i>Power</i>					
i) Bahu <i>Shoulder</i>	/5		/5		
ii) Siku <i>Elbow</i>	/5		/5		
iii) Pergelangan tangan <i>Wrist</i>	/5		/5		
c) Deria sentuh <i>Sensory</i>	<input type="checkbox"/> Normal <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/> Abnormal <i>Abnormal</i>	<input type="checkbox"/> Normal <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/> Abnormal <i>Abnormal</i>	
d) Refleks <i>Reflexes</i>	<input type="checkbox"/> Ada <i>Present</i>	<input type="checkbox"/> Tiada <i>Absent</i>	<input type="checkbox"/> Ada <i>Present</i>	<input type="checkbox"/> Tiada <i>Absent</i>	
k) Proprioepsi <i>Proprioception</i>	<input type="checkbox"/> Ada <i>Present</i>	<input type="checkbox"/> Tiada <i>Absent</i>	<input type="checkbox"/> Ada <i>Present</i>	<input type="checkbox"/> Tiada <i>Absent</i>	
3. Anggota bawah <i>Lower limb</i>		KANAN <i>RIGHT</i>		KIRI <i>LEFT</i>	
a) Tona <i>Tone</i>	<input type="checkbox"/> Normal <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/> Abnormal <i>Abnormal</i>	<input type="checkbox"/> Normal <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/> Abnormal <i>Abnormal</i>	
b) Kekuatan <i>Power</i>					
i) Pinggul <i>Hip</i>	/5		/5		
ii) Lutut <i>Knee</i>	/5		/5		
iii) Buku lali <i>Ankle</i>	/5		/5		
c) Deria sentuh <i>Sensory</i>	<input type="checkbox"/> Normal <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/> Abnormal <i>Abnormal</i>	<input type="checkbox"/> Normal <i>Normal</i>	<input type="checkbox"/> Abnormal <i>Abnormal</i>	
d) Refleks <i>Reflexes</i>	<input type="checkbox"/> Ada <i>Present</i>	<input type="checkbox"/> Tiada <i>Absent</i>	<input type="checkbox"/> Ada <i>Present</i>	<input type="checkbox"/> Tiada <i>Absent</i>	
l) Proprioepsi <i>Proprioception</i>	<input type="checkbox"/> Ada <i>Present</i>	<input type="checkbox"/> Tiada <i>Absent</i>	<input type="checkbox"/> Ada <i>Present</i>	<input type="checkbox"/> Tiada <i>Absent</i>	
4. Catatan <i>Remarks</i>					
<p>Nota: Jika mempunyai tanda-tanda seperti diatas, sila rujuk pakar rehab / juru terapi carakerja. * Note: If any symptoms and signs are present as above please refer to the rehab physician / occupational therapist.</p> <p>Ulasan Pakar Specialist Review</p>					

E. ORTOPEDIK (ORTHOPAEDIC)

Sistem Musculoskeletal :
Musculoskeletal system:

Normal
Normal

Abnormal, nyatakan:
Abnormal, specify:

a) Bahagian anggota atas (*Upper limbs*)

i) Paras amputasi
Amputation level

ii) Kecacatan
Deformity

iii) Lain-lain
Other

b) Bahagian anggota bawah (*Lower limbs*)

i) Paras amputasi
Amputation level

ii) Kecacatan
Deformity

iii) Lain-lain
Other

c) Tulang tengkok.....
Cervical spine

d) Tulang belakang torakolumbar
Thoracolumbar spine

Nota : Jika abnormal, rujuk pegawai pemulihan carakerja
Note : If abnormal, refer to occupational therapist

***Ulasan Pakar Ortopedik**
Othopaedician's review

Bahagian IV: Ulasan Pakar / Pegawai Perubatan

(Diisi oleh Pengamal Perubatan)

Part IV: Specialist / Medical Practitioner's Review (To be filled by examining doctor)

Ulasan Pakar / Pegawai Perubatan
Specialist/ Medical Practitioner's Review

Tarikh :
Date:

.....
Nama
Tandatangan dan cop rasmi
(Name)
(Signature and official stamp)

Bahagian V: Pengesahan Kelayakan

Part V: Certification of fitness

Pengesahan kelayakan (Pegawai Perubatan yang memeriksa)

Certification of fitness (to be completed by the attending medical practitioner)

Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah memeriksa pemohon bernama _____
yang mempunyai No.K/P : _____ dan mendapati pemohon ini adalah:

*I hereby declare that I have examined the applicant named _____
with NIRC: _____ and certify he/she is:*

- Layak untuk memohon lesen memandu.
Fit to apply for driving license.
- Tidak layak untuk memohon lesen memandu sehingga penilaian semula.
Unfit to apply for driving license pending further review.
- Layak untuk memohon lesen memandu dengan cadangan modifikasi seperti di lampiran.
Fit to apply for driving license with modification suggestions as per attachment.
- Tidak layak untuk memohon lesen memandu.
Unfit to apply for driving license.

Tarikh :
Date:

.....
*Nama:
Name:*

*Tandatangan dan cop rasmi :
Signature and official stamp:*

*Tandatangan:
Signature:*

*Nama Pegawai Perubatan:
Name of Medical Officer:*

*Tarikh Pengesahan:
Date of Confirmation:*