



KUMPULAN WANG SIMPANAN PEKERJA

LAPORAN PERUBATAN MENGENAI PESAKIT UNTUK PENGELUARAN KESIHATAN KWSP

Laporan perubatan ini disediakan oleh doktor yang merawat pesakit untuk menentukan tahap kesihatan pesakit bagi pihak KWSP. Laporan ini diperlukan bagi memenuhi syarat di bawah Skim Pengeluaran Kesihatan KWSP.

1.	NAMA PESAKIT <i>PATIENT'S NAME</i>	
2.	NO. PENDAFTARAN PESAKIT <i>PATIENT'S REGISTRATION NO.</i>	
3.	TARIKH MASUK HOSPITAL (Jika ada) <i>DATE OF ADMISSION (IF ANY)</i>	
4.	TARIKH KELUAR HOSPITAL (Jika ada) <i>DATE OF DISCHARGE (IF ANY)</i>	
5.	TARIKH KEMATIAN (Jika ada) <i>DATE OF DEATH (IF ANY)</i>	
6.	NO. KP 12 DIGIT / NO. SURAT BERANAK <i>12 DIGIT NRIC NO. / BIRTH CERTIFICATE NO.</i>	
7.	UMUR / JANTINA <i>AGE / SEX</i>	
8.	PENYAKIT YANG DIHADAPI / ILLNESS Sila tandakan (x) pada ruangan yang disediakan / <i>Please indicate (x) below</i>	
	KATEGORI PENYAKIT	JENIS PENYAKIT KRITIKAL
	CANCER (KANSER)	<input type="checkbox"/> Cancer (<i>Kanser</i>)
	CARDIOVASCULAR SYSTEM (SISTEM KARDIOVASKULAR)	<input type="checkbox"/> Cardiomyopathy (<i>Kardiomiopati</i>) <input type="checkbox"/> Coronary Artery Disease (<i>Penyakit Arteri Koronari</i>) <input type="checkbox"/> Heart Attack / Myocardial Infarction (<i>Serangan Jantung / Infarksi Miokardium</i>) <input type="checkbox"/> Heart Valve Replacement / Valvular Heart Disease Requiring Replacement (<i>Penyakit Injap Jantung Memerlukan Penggantian</i>) <input type="checkbox"/> Surgery to Aorta / Diseases of the Aorta Requiring Surgery (<i>Penyakit Aorta Memerlukan Pembedahan</i>)
	GASTROENTEROLOGY / HEPATOLOGY (GASTROENTEROLOGI / HEPATOLOGI)	<input type="checkbox"/> Chronic Inflammatory Bowel Disease (<i>Penyakit Radang Usus Kronik</i>) <input type="checkbox"/> Chronic Liver Disease (<i>Penyakit Hati Kronik</i>) <input type="checkbox"/> Fulminant Viral Hepatitis (<i>Hepatitis Virus Fulminan</i>) <input type="checkbox"/> Primary Pulmonary (<i>Pulmonari Primer</i>)
	GENITOURINARY SYSTEM (SISTEM GENITOURINARI)	<input type="checkbox"/> Bilateral Renal Calculi Requiring Surgical Intervention (<i>Kalkuli Ginjal Dwisisi Memerlukan Intervensi Pembedahan</i>) <input type="checkbox"/> Congenital Urinary Abnormalities Requiring Urgent And Major Surgical Intervention (<i>Abnormaliti Urinari Kongenital Memerlukan Intervensi Pembedahan Segera dan Major</i>) <input type="checkbox"/> Kidney Failure (<i>Kegagalan Ginjal</i>) <input type="checkbox"/> Medullary Cystic Disease (<i>Penyakit Medulari Sistik</i>)
	HEMATOLOGY (HEMATOLOGI)	<input type="checkbox"/> Aplastic Anaemia (<i>Anemia Aplastik</i>) <input type="checkbox"/> Hematopoetic Stem Cell Transplantation (<i>Pemindahan Sel Stem Hematopoetik</i>) <input type="checkbox"/> Lymphoma (<i>Limfoma</i>) <input type="checkbox"/> Thalassaemia Major Requiring Chelating Agent (<i>Talassaemia Major Memerlukan Agen Pengkelat</i>)
	ILLNESS OF CHILD UNDER 16 YEARS OLD (PENYAKIT KANAK-KANAK DI BAWAH 16 TAHUN)	<input type="checkbox"/> Intellectual Impairment Due To Accident Or Sickness (<i>Kerosakan Intelektual Disebabkan Kemalangan Atau Penyakit</i>) <input type="checkbox"/> Leukaemia (<i>Leukimia</i>) <input type="checkbox"/> Severe Asthma (<i>Asma Teruk</i>)
	MENTAL ILLNESS (PENYAKIT MENTAL)	<input type="checkbox"/> Bipolar Mood (<i>Mood Bipolar</i>) <input type="checkbox"/> Major Depression (<i>Kemurungan Major</i>) <input type="checkbox"/> Schizophrenia (<i>Skizofrenia</i>)
	MUSCULOSKELETAL SYSTEM (SISTEM MUSKULOSKELETAL)	<input type="checkbox"/> Systemic Lupus Erythematosus (SLE) With Lupus Nephritis (<i>Eritematosus Lupus Sistemik (SLE) Dengan Nefritis Lupus</i>) <input type="checkbox"/> Systemic Sclerosis With Pulmonary Hypertension (<i>Sklerosis Sistemik Dengan Hipertensi Pulmonari</i>)
	RESPIRATORY SYSTEM (SISTEM RESPIRATORI)	<input type="checkbox"/> Bronchiectasis (<i>Bronkiektasis</i>) <input type="checkbox"/> Chronic Lung Disease (<i>Penyakit Paru-Paru Kronik</i>) <input type="checkbox"/> Lung Fibrosis (<i>Fibrosis Paru-Paru</i>) <input type="checkbox"/> Obstructive Sleep Apnoea (<i>Apnoea Tidur Obstruktif</i>) <input type="checkbox"/> Secondary Pulmonary Hypertension (<i>Hipertensi Pulmonari Sekunder</i>) <input type="checkbox"/> Severe Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) / Emphysema (<i>Penyakit Pulmonari Obstruktif Kronik Teruk (COPD) / Emfisema</i>)

	NERVOUS SYSTEM (SISTEM SARAF)	<input type="checkbox"/> Alzheimer's Disease (<i>Penyakit Alzheimer</i>) <input type="checkbox"/> Appalic Syndrome (<i>Sindrom Apalik</i>) <input type="checkbox"/> Benign Tumor Of Brain (<i>Tumor Otak Benigna</i>) <input type="checkbox"/> Coma (<i>Koma</i>) <input type="checkbox"/> Encephalitis (<i>Ensefalitis</i>) <input type="checkbox"/> Loss Of Speech (<i>Kehilangan Pertuturan</i>) <input type="checkbox"/> Major Head Trauma (<i>Trauma Kepala Major</i>) <input type="checkbox"/> Meningitis (<i>Meningitis</i>) <input type="checkbox"/> Motor Neurone Disease (<i>Penyakit Neuron Motor</i>) <input type="checkbox"/> Multiple Sclerosis (<i>Sklerosis Berbilang</i>) <input type="checkbox"/> Muscular Dystrophy (<i>Distrofi Otot</i>) <input type="checkbox"/> Paralysis (<i>Kelumpuhan</i>) <input type="checkbox"/> Parkinson's Disease (<i>Penyakit Parkinson</i>) <input type="checkbox"/> Poliomyelitis (<i>Poliomielitis</i>) <input type="checkbox"/> Stroke (<i>Strok</i>) <input type="checkbox"/> Total Permanent Disability (<i>Hilang Upaya Kekal</i>)
	OTHER DISEASES APPROVED BY EPF BOARD (LAIN-LAIN PENYAKIT YANG DILULUSKAN OLEH LEMBAGA KWSP)	<input type="checkbox"/> AIDS (Accompanied with AIDS defining disease) / HIV (Second Line Treatment) <i>[AIDS (Disertai bersama penyakit berkaitan dengan AIDS)/ HIV (Rawatan Peringkat Kedua)]</i> <input type="checkbox"/> Blindness (<i>Buta</i>) <input type="checkbox"/> Deafness (<i>Pekak</i>) <input type="checkbox"/> Loss Of Independent Existence (<i>Kehilangan Upaya Hidup Sendiri</i>) <input type="checkbox"/> Major Burns (<i>Kelecuran Major</i>) <input type="checkbox"/> Major Organ Transplant (<i>Pemindahan Organ Major</i>) <input type="checkbox"/> Terminal Illness (<i>Penyakit Membawa Maut</i>)
	OTHER THAN ABOVE <i>Please state clearly</i>	<input type="checkbox"/>
9.	KETERANGAN LANJUT TENTANG PENYAKIT <i>DETAILED INFORMATION ABOUT THE ILLNESS</i>	
10.	SILA NYATAKAN IMPLIKASI PENYAKIT TERSEBUT JIKA TIDAK DIRAWAT DENGAN SEGERA <i>PLEASE STATE THE IMPLICATION IF THE ILLNESS IS NOT TREATED IMMEDIATELY</i>	
11.	PENYAKIT KRONIK / KRITIKAL <i>CHRONIC / CRITICAL ILLNESS</i>	YA / YES <input type="checkbox"/> TIDAK / NO <input type="checkbox"/>
12.	LAIN-LAIN PENYAKIT YANG DIHADAPI <i>OTHER ILLNESS</i>	
13.	KAEDAH RAWATAN <i>TYPE OF TREATMENT</i>	
14.	PERALATAN BANTUAN KESIHATAN	Adakah kaedah rawatan memerlukan peralatan bantuan kesihatan ? <i>Is the type of treatment requires any medical support equipment and peripherals ?</i> YA / YES <input type="checkbox"/> TIDAK / NO <input type="checkbox"/> Jika 'Ya', sila nyatakan / If 'Yes' please state : _____
15.	PEMBEDAHAN (Jika ada) <i>SURGERY (IF ANY)</i>	
16.	KOS ANGGARAN RAWATAN / PERALATAN BANTUAN KESIHATAN <i>ESTIMATED TREATMENT / MEDICAL SUPPORT EQUIPMENT AND PERIPHERALS COST</i> *Hanya dilengkapkan bagi pesakit yang ingin mendapatkan rawatan di luar negara	Kos Anggaran Rawatan : RM _____ <i>Estimated Treatment Cost</i> Kos Anggaran Peralatan Bantuan Kesihatan : RM _____ <i>Estimated Medical Support Equipment and Peripherals Cost</i>

SAYA SAHKAN MAKLUMAT YANG DIBERIKAN DI ATAS ADALAH BENAR
 I CERTIFIED THAT THE INFORMATION GIVEN ABOVE IS TRUE

.....
TANDATANGAN & NAMA DOKTOR
DAN COP RASMI HOSPITAL
SIGNATURE & DOCTOR'S NAME
 AND HOSPITAL OFFICIAL STAMP

TARIKH :
 DATE
NO. TEL :
 TEL NO.