

HEART PROBLEM QUESTIONNAIRE (To be completed by the Medical Examiner)
KUESIONER JANTUNG BERMASALAH (Diisi oleh Pemeriksa Kesehatan)

Proposal Number / Nomor SPAJ : _____
Name / Nama Calon Tertanggung : _____
New NRIC No / Nomor Identitas Diri : _____

1. Any medical history of the following? / apakah ada riwayat sakit seperti yang tercantum di bawah?

Palpitation / Debaran Jantung	☐ Yes	☐ No
Fluttering or skipping of the heart / Nadi jantung lompat	☐ Yes	☐ No
Shortness of breath / Napas yang pendek	☐ Yes	☐ No
High Blood Pressure / Tekanan Darah Tinggi	☐ Yes	☐ No
Heart Attack / Serangan Jantung	☐ Yes	☐ No
Coronary Bypass graft / Pencakokan Bypass Jantung	☐ Yes	☐ No
Angioplasty or balloon angioplasty / Angioplasti	☐ Yes	☐ No
Stent placement / Penempatan 'stent'	☐ Yes	☐ No
Heart catheterization / 'Catherization' Jantung	☐ Yes	☐ No
Heart studies due to symptoms of family history / studi Jantung disebabkan sejarah keluarga	☐ Yes	☐ No
Diabetes Mellitus	☐ Yes	☐ No

2. What is the specific nature of heart problem? / Apakah sifat/jenis permasalahan jantung Tertanggung?

3. What is the cause? / Apakah penyebabnya?

4. What is the degree of regurgitation, whether moderate or severe?
Bagaimana tingkat regurgitation, apakah sedang atau parah?

5. Is there any heart enlargement? If yes, it is slight, moderate or marked?
Adakah ada pembesaran pada jantung? Jika "Ya", apakah kecil, sedang atau besar?

6. Is there a septal defect, is it small or large? / Adakah terjadi kerusakan pada sekat jantung dan apakah kerusakan tersebut kecil atau besar ?

7. Is there any limitation of effort tolerance? If Yes, is it slight, moderate or severe?

Apakah ada keterbatasan dalam bergerak? Jika "Ya", apakah ringan, sedang atau parah?

8. Is there any history of rheumatic fever or endocarditis?

Apakah ada riwayat demam rheumatic atau endokarditis?

9. Is there any co-existing valvular disease?

Apakah pernah ada riwayat penyakit pada katup (valvular)?

10. Were any investigations e.g. ECG, Echocardiogram, Cardiac enzymes, Cholesterol etc. done? If Yes, please state date, nature of test done and results. / *Apakah pemeriksaan seperti, ECG, Echocardiogram, Cardiac enzymes, Cholesterol pernah dilakukan? Jika "Ya", mohon berikan tanggal pemeriksaan, jenis pemeriksaan dan hasilnya.*

11. Has any cardiac surgery been carried out? If Yes, please state the date and nature of surgery done. If no, is surgery necessary or contemplated in the future? / *Apakah operasi jantung telah dilakukan? Jika "Ya", mohon jelaskan kapan dan jenis operasi yang telah dilakukan. Jika "Tidak", apakah ada operasi yang diperlukan atau dianjurkan dimasa mendatang?*

12. What is the nature of treatment prescribed? / *Apakah jenis pengobatan yang diberikan?*

13. What is his/her present condition? / *Bagaimanakah kondisi Tertanggung saat ini?*

14. Has any future treatment been discussed or contemplated such as changes in medication, surgery or other therapy? Please specify. / *Apakah ada perawatan yang dianjurkan seperti, pengobatan, pembedahan atau terapi lain-lain? Mohon jelaskan :*

[☐] Yes /Ya [☐] No /Tidak

15. Have you have any additional information which may be of value in the assessment of the risk? / *Apakah anda memiliki informasi tambahan yang mungkin berharga dalam penilaian resiko ini?*

16. Have you had occasion to refer this applicant to another medical practitioner? If Yes, please state name(s) and date(s).

Apakah anda merujukn Tertanggung kepada dokter lain? Jika “Ya”, mohon jelaskan nama dan tanggal.

17. To the best of your knowledge, has the life proposed ever received medical attention form any other medical advisers? If Yes, please give the following particulars.

Sepengetahuan Anda, apakah Tertanggung pernah menerima pengobatan dari Dokter / Praktisi medis lain? Jika “Ya”, mohon berikan penjelasan pada kolom di bawah:

Name & Address of Medical Adviser / <i>Nama dan alamat Dokter</i>	Nature of Condition / <i>Jenis kondisi</i>

Signature of Medical Examiner / : _____
Tandatangan Pemeriksa Kesehatan

Date / *Tanggal* : _____

Name / *Nama* : _____

Clinic Stamp /
Stempel klinik : _____