

## Pertanyaan yang Berkaitan dengan Mata

(diisi oleh Pemeriksa Kesehatan)

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

1. What is the diagnosis ? / Apakah diagnosanya?

2. When was it first diagnosed? Kapan pertama kali di diagnosa?

| Month / Bulan | Year / Tahun |
|---------------|--------------|
|               |              |

3. Cause of eye problem / Sebab-sebab masalah mata

Ketika mengalami serangan, apakah terdapat gejala-gejala berikut :

- |                             |                                   |                                     |
|-----------------------------|-----------------------------------|-------------------------------------|
| a) Localised / Tempat       | Yes / Ya <input type="checkbox"/> | No / Tidak <input type="checkbox"/> |
| b) Systemic / Sistem        | Yes / Ya <input type="checkbox"/> | No / Tidak <input type="checkbox"/> |
| c) Trauma / trauma          | Yes / Ya <input type="checkbox"/> | No / Tidak <input type="checkbox"/> |
| d) Congenital / Sejak lahir | Yes / Ya <input type="checkbox"/> | No / Tidak <input type="checkbox"/> |
| e) Tumour / tumor           | Yes / Ya <input type="checkbox"/> | No / Tidak <input type="checkbox"/> |

4. Investigation done? Date / Results, Kapan Pemeriksaan dilakukan?

| Date/Tanggal | Investigation/Pemeriksaan | Result/Keputusan |
|--------------|---------------------------|------------------|
|              |                           |                  |
|              |                           |                  |
|              |                           |                  |

5. Treatment / Perawatan ;

a) Conservative / Konservatif :

| Date/Tanggal | Type/Jenis | Result/Keputusan |
|--------------|------------|------------------|
|              |            |                  |
|              |            |                  |
|              |            |                  |

b) Surgical / Pembedahan :

| Date/Tanggal | Type/Jenis | Result/Keputusan |
|--------------|------------|------------------|
|              |            |                  |
|              |            |                  |
|              |            |                  |

6. Any progressive visual impairment? *Apakah ada cacat yang progresif pada penglihatan?*

Yes/Ya

☐

No/Tidak

☐

7. Visual acuity at present ? *Ketajaman penglihatan sekarang ?*

- Right eye / Mata kanan :

\_\_\_\_\_

- Left eye / Mata kiri :

\_\_\_\_\_

8. Could this illness lead to blindness? / *Apakah penyakit ini dapat menyebabkan hilangnya penglihatan?*

\_\_\_\_\_

Signature of Medical Examiner /  
*Tandatangan Pemeriksa Kesehatan*

:  
.....

Date / Tanggal :

.....

Name / Nama

: .....

Clinic Stamp / :  
*Cap klinik*

.....