

Kuesioner Gangguan Telinga (diisi oleh Pemeriksa Kesehatan)

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

1. What is the diagnosis? / Apakah diagnosisnya?

2. Date of diagnosis of the ear problem? / Tanggal diagnosis gangguan telinga tersebut?

3. Cause of the ear problem / Penyebab gangguan telinga:

Congenital / Sejak lahir [] Elaborate / Jelaskan:

Acquired / Kejadian [] Elaborate / Jelaskan:

4. What is the degree of hearing impairment? / Apa tingkatan dari gangguan pendengaran tersebut?

5. Is the ear problem / Apakah gangguan telinga tersebut :-

Unilateral / Unilateral []
Bilateral / Bilateral []

6. Its severity / Tingkat Keparahan :-

Mild / Ringan []
Moderate / Sedikit parah []
Severe / Parah []
Acute / Akut []
Chronic / Kronis []

7. Any associated impairments of / Adakah Kerusakan yang terkait dengan :-

	Yes / Ya	No / Tidak
- Cardiovascular System / Sistem Kardiovaskular	[]	[]
- Tumour / Tumor	[]	[]
- Syphilis / Syphilis	[]	[]

8. Complications / Komplikasi :

	Yes / Ya	No / Tidak
- Purulent ear discharge / Lelehan bernanah di telinga	[]	[]
- Meningitis	[]	[]
- Brain ulcers / Ulser di otak	[]	[]
- Lateral Sinus Thrombosis / Trombosis sinus lateral	[]	[]

9. Treatment / Perawatan :

- Conservatif / Konservatif :

Date/Tanggal	Drugs/Obat	Dosage/Dosis	Duration/Jangka Waktu

- Surgical / Pembedahan :

Date/Tanggal	Type / Jenis	Results / Hasil

10. Has he/she fully recovered? / Apakah Tertanggung sudah pulih sepenuhnya?

Signature of Medical Examiner / : _____
Tandatangan Pemeriksa Kesehatan

Date / Tanggal : _____

Name / Nama : _____

Clinic Stamp /
Stempel klinik : _____