

Kuesioner Gangguan Gastrointestinal (diisi oleh Pemeriksa Kesehatan)

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

1. What was the diagnosis made? / Apakah dignosanya?

2. When was it first diagnosed? / Kapan pertama kali terdiagnosa?

3. Please give history of the symptoms or signs, their durations and whether they were mild, acute or chronic? / Mohon berikan riwayat gejala-gejala atau tanda-tanda gangguan tersebut, waktunya dan kategorinya apakah Ringan, Akut atau kronis?

Date / Tanggal	Symptoms/Signs / Gejala / Tanda-tanda	Duration / Waktu	Mild, Acute and Chronic / Ringan, akut dan kronis

4. What were the contributing factors leading to the above disorder?
Apakah faktor penyebab yang mengarah kepada masalah di atas?

5. What were the investigation (including diagnostic procedures) done? Please attach copies of results if available. / Apa saja pemeriksaan yang telah dilakukan (termasuk tatacara diagnosa)? Mohon lampirkan copy hasil pemeriksaan, jika ada.

Date / Tanggal	Test / Procedure / Tes / Tatacara	Results / Keputusan

6. Was there any Helicobacter pylori detected / Apakah ada "Helicobacter pylori" yang terdeteksi?

7. What was the treatment prescribed? / Apakah jenis perawatan yang diberikan?

a) Conservative / Biasa

Date / Tanggal	Medication / Obat-obatan	Dosage / Dosis	Response / Tindakan

b) Surgical / Pembedahan

Date / Tanggal	Surgical Performed / Pembedahan yang dilakukan	Post-operative results / Hasil setelah Pembedahan

8. Has there been any relapse or recurrence after treatment?

Apakah gangguan tersebut pernah kambuh atau terjadi lagi setelah masa pembedahan?

9. Would a further surgical operations be required? If so, please state when?

Apakah pembedahan/operasi lanjutan diperlukan? Jika "Ya", mohon jelaskan kapan?

10. Are there any evidence of malignancy?

Apakah ada tanda-tanda pertumbuhan ?

11. Has he / she fully recovered? Apakah Tertanggung telah sembuh sepenuhnya?

Signature of Medical Examiner / : _____
Tandatangan Pemeriksa Kesehatan

Date / Tanggal : _____

Name / Nama : _____

Clinic Stamp /
Stempel klinik : _____