

Kuesioner Kecelakaan (diisi oleh Pemeriksa Kesehatan)

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

1. a) Date of the accident / Tanggal terjadinya kecelakaan.

b) Cause of the accident (e.g. motor vehicle accident, fall and etc..)

Penyebab kecelakaan (contohnya kecelakaan kendaraan bermotor, jatuh dan lain sebagainya)

2. Nature of the injuries sustained / Jenis kecelakaan yang dialami?

3. Any cerebral concussion?

Apakah terjadi gegar otak?

[☐] Yes / Ya

[☐] No / Tidak

a) How long was he/she unconscious? / Berapa lama korban tidak sadarkan diri?

b) Any intracranial haemorrhage? / Apakah ada pendarahan didalam otak?

c) Any residual abnormalities? / Adakah mengalami cacat mental?

4. Were there any surgical procedure performed? If yes, please state :-

Apakah sudah pernah melakukan operasi? Jika 'ya', mohon dijelaskan:-

Dat / Tanggal	Procedur / Prosedur	Post – Operation Result / Hasil dari Operasi

5. Any investigation (including any diagnostic procedure) done? [☐] Yes / No [☐] No / Tidak

Apakah sudah pernah ada pemeriksaan (berkaitan dengan diagnosa) yang dijalankan?

If yes, please state / Jika 'ya', mohon dijelaskan :-

Date/ Tanggal	Procedur / Prosedur	Post – Operation Result / Hasil dari Operasi

6. Any resultant shortening or loss of limbs? If yes, please supply specific details.
Adakah terdapat salah satu anggota tubuh yang hilang. Jika 'ya', Lampirkan hasilnya secara terperinci
- [] Yes / Ya [] No / Tidak
7. Are any prosthesis or walking aids used? [] Yes / Ya [] No / Tidak
Apakah ada anggota tubuh yang palsu atau alat bantu untuk berjalan yang digunakan?
8. Any post-trauma mental or neurological deficits noted (e.g. loss of sight and hearing, headaches, dizziness, bladder problem etc.) If yes, please give full details.
Apakah ada masa trauma atau gangguan saraf yang masih dialami (seperti hilang penglihatan dan pendengaran, sakit kepala, pusing, masalah pendarahan dan lain sebagainya.
Jika 'ya', mohon jelaskan secara rinci.
- [] Yes / Ya [] No / Tidak
9. Any (further) operation contemplated? If yes, please comment and stated when scheduled.
Apakah ada operasi (lanjutan) yang akan dijalankan? Jika ya, berikan informasi dan kapan waktunya?
- [] Yes / Ya [] No / Tidak
10. Any physiotherapy or other follow up required?
Apakah ada fisioterapi atau perawatan lanjutan yang diperlukan?
- [] Yes / Ya [] No / Tidak

Duration of the follow up required / *Jangka waktu rawatan lanjutan yang diperlukan.*

11. Present condition? Has he/she fully recovered?
Bagaimana keadaannya sekarang? Apakah sudah sepenuhnya pulih?
- [] Yes / Ya [] No / Tidak

Signature of Medical Examiner /
Tandatangan Pemeriksa Medis

Date / *Tanggal* :

Name / *Nama* :

Clinic Stamp /
Stempel klinik