

Kuesioner Batuk Kering

(diisi oleh Pemeriksa Kesehatan)

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

1. Is the proposer suffering from respiratory or non-respiratory tuberculosis?
Apakah penyebab dari Batuk kering tersebut, respiratory atau non-respiratory?

2. Were any investigations eg. X-ray, renal function test, urinalysis, etc..done? If yes, please state nature of test done, dates and results.
Apakah pernah dilakukan pemeriksaan seperti X-ray, pemeriksaan Ginjal, analisa urine, dsb? Jika "Ya", jelaskan jenis pemeriksaan yang dilakukan, tanggal pemeriksaan dan hasilnya.

Date / Tanggal	Nature of Test / Jenis Pemeriksaan	Result / Hasil

3. What are the areas affected? / *Bagian mana yang terinfeksi?*

4. If X-ray was done, were there any scarring, persisting lesions eg. open healed cavities or bronchiectasis? If yes, please state degree of severity.
Jika X-Ray pernah dilakukan, apakah terdapat luka gores, lesi yang panjang, misalnya rongga yang terbuka atau bronkiectasis? Jika "Ya", jelaskan tingkat keparahannya.

5. When did treatment commence? / *Kapan pertama kali perawatan dilakukan?*

6. What is the nature of treatment prescribed eg. anti-tuberculosis drugs, chemotherapy, etc...? Please give details.
Jenis perawatan apa yang dilakukan, misalnya obat-obatan anti-tuberculosis, kemoterapi, dsb.? Mohon jelaskan secara detail.

7. Is the treatment still continuing or has it ceased? If the latter, please state date of cessation.
Apakah perawatan tersebut masih berlanjut atau sudah dihentikan? Jika sudah dihentikan, kapan tanggal terakhir konsultasi dan perawatan?

8. Was any surgery done? If yes, please state nature and date.
Apakah ada tindakan operasi yang dilakukan? Jika "Ya" jelaskan jenis operasi, kapan dan hasil operasi.

9. Was there any relapse? / Apakah penyakit tersebut pernah kambuh lagi?

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

11. Are there any other complications? If yes, please comment.
Apakah ada komplikasi lainnya? Jika “Ya” mohon jelaskan

Signature of Medical Examiner / : _____ Date / Tanggal : _____
Tandatangan Pemeriksa Kesehatan

Name / Nama : _____ Clinic Stamp /
Stempel klinik : _____