

Kuesioner Gangguan Telinga

(diisi oleh Pemeriksa Kesehatan)

(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 / <i>Sistem Kardiovaskular</i>	[]	[]
- Tumour / <i>Tumor</i>	[]	[]
- Syphilis / <i>Syphilis</i>	[]	[]

8. Complications / *Komplikasi :*

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

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 : _____