

3. FOR FEMALE PATIENT ONLY / UNTUK PESAKIT WANITA SAHAJA

a. Was the patient pregnant at the time of hospitalisation? / Adakan pesakit hamil semasa dimasukkan ke hospital?

If yes, how many months? / Jika ya, berapa bulan?

Yes / Ya No / Tidak months / bulan

b. Was the patient's illness/accident related directly or indirectly to pregnancy/childbirth? / Adakah penyakit/kemalangan disebabkan secara langsung atau tidak langsung oleh kehamilan/bersalin?

Yes / Ya No / Tidak

4. SURGICAL QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK PEMBEDAHAN

a. Was there any surgery performed? If yes, please state. / Adakah sebarang pembedahan dilakukan? Jika ya, sila nyatakan.

Yes / Ya No / Tidak

i. Type of surgery performed. MINOR/MAJOR surgery? / Jenis pembedahan yang telah dijalankan. Pembedahan KECIL/BESAR?

ii. Please describe the nature/parts/reason for the surgery to be performed. / Sila terangkan jenis/bahagian/sebab pembedahan yang dijalankan.

5. OUTPATIENT KIDNEY DIALYSIS & OUTPATIENT ANTICANCER CHEMOTHERAPY/RADIOTHERAPY QUESTIONNAIRE / SOAL SELIDIK DIALISIS BUAH PINGGANG PESAKIT LUAR & KEMOTERAPI/RADIOTERAPI ANTI KANSER PESAKIT LUAR

a. Kindly advise whether the patient is presently on dialysis or recommended for dialysis. / Sila nyatakan sama ada pesakit sedang menjalani dialisis atau disyorkan untuk menjalani dialisis.

i. Date first dialysis was done/ Tarikh mula dialisis dilakukan

- -

ii. Frequency/Number of days per week / Kekerapan/Jumlah hari dalam seminggu

iii. Dialysis centre name / Nama pusat dialisis

b. Kindly advise whether the patient may require any follow-up treatments. / Sila maklumkan sama ada pesakit akan memerlukan rawatan susulan.

i. Kindly specify the type of follow-up treatment/ Sila nyatakan jenis rawatan susulan

Chemotherapy / Kemoterapi Radiotherapy / Radioterapi

ii. Course of treatment recommended / Sila rawatan yang disyorkan

iii. Duration of treatment / Jangka masa rawatan

Date started / Tarikh mula - -

Date ended / Tarikh berakhir - -

iv. No. of session to be completed / Jumlah sesi yang perlu dijalankan

times / kali

SECTION C: DECLARATION / SEKSYEN C: PENGISYTIHARAN

I hereby declare that the answers to all the above questions are true in each and every aspect. / Dengan ini saya mengisytiharkan bahawa jawapan-jawapan kepada semua soalan di atas adalah benar dalam bagi setiap keadaan.

Name of medical attendant / Nama pegawai perubatan

NRIC number (new) / Nombor kad pengenalan (baru)

- -

Other identification number / Nombor pengenalan lain

Office phone number / Nombor telefon pejabat

-

Mobile number / Nombor telefon bimbit

-

Date / Tarikh

- -

Signature of medical attendant /
Tandatangan pegawai perubatan

Hospital/Clinic stamp /
Cop hospital/klinik