



BAHAGIAN PASCA PERKHIDMATAN
JABATAN PERKHIDMATAN AWAM MALAYSIA

JPA.BP.UMUM.B04

**BORANG LAPORAN PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN MENGENAI ANAK CACAT
TANGGUNGAN PESARA**

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

No. Fail :

Tarikh Terima: _____

:

ARAHAN

1. Sila isikan borang ini dengan menggunakan dakwat **HITAM** atau **BIRU** sahaja
2. Sila gunakan **HURUF BESAR**
3. Sila tandakan pada kotak/petak yang berkaitan

PERINGATAN

- a) Bahagian (A) dan (B) diisi oleh penjaga anak cacat
- b) Bahagian (C) hendaklah diisi oleh **Pakar Perubatan Kerajaan** mengikut jenis kecacatan yang berkenaan sahaja.
- c) Bagi kes anak yang mengalami cacat anggota, pakar yang mengesahkan **WAJIB** melengkapkan Bahagian C.II(b) iaitu seperti di muka surat 5 dan bagi kes kecelaruan mental, Pakar Psikiatri Kerajaan **WAJIB** melengkapkan Bahagian C.III(b) seperti di muka surat 7.
- d) Sila sertakan sekeping gambar penuh anak cacat (saiz 3R).

Gambar penuh anak
cacat

C.I PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN - BAGI KES CACAT OTAK
(Bahagian ini mesti diisi dan disahkan oleh Pakar Perubatan yang berkenaan)

Saya mengesahkan bahawa:

(a) Penama mengalami kecacatan otak (jenis kecacatan) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sindrom <i>Down</i> (<i>Down Syndrome</i>) | <input type="checkbox"/> Lewat perkembangan (<i>Global Development Delay</i>) |
| <input type="checkbox"/> Kurang upaya intelektual (<i>intellectual disabilities</i>) | <input type="checkbox"/> <i>Attention Deficit Hyperactive Disorder</i> (ADHD) |
| <input type="checkbox"/> <i>Autism Spectrum Disorder</i> (ASD) | <input type="checkbox"/> lain-lain (others): (Nyatakan) _____ |

(b) Selain daripada kecacatan otak, penama juga mengalami kecacatan: _____

(c) Kecacatan otak ini menyebabkan penama:

- Boleh bekerja & menyara diri Tidak berupaya bekerja & menyara diri

(d) Kecacatan otak ini dialami sejak berumur _____ tahun dan akan : Kekal Tidak Kekal

(e) Ulasan tambahan (jika ada) : _____

(Tandatangan Pakar Perubatan)

Nama Penuh : _____

Jawatan : _____

Bidang Kepakaran : _____

Cop Jabatan : _____

* Tandakan pada petak yang berkenaan.

C.II (a) PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN – BAGI KES CACAT ANGGOTA
(Bahagian ini mesti diisi dan ditanda oleh Pakar Perubatan yang berkenaan)

Saya mengesahkan bahawa:

(a) Penama mengalami kecacatan anggota (jenis kecacatan) iaitu _____
yang disebabkan oleh _____

(b) Kecacatan ini dialami sejak _____

(c) Tahap kebergantungan hidup akibat kecacatan yang dialami:

Biasa (boleh berdikari) Teruk (perlu separa bantuan) Amat Teruk (perlu bantuan sepenuhnya)

(d) Selain daripada kecacatan anggota, penama juga mengalami kecacatan:

(e) Kecacatan yang dialami penama ini adalah: Kekal Tidak Kekal (boleh sembuh)

(f) Sila beri pendapat sama ada penama boleh bekerja dan menanggung diri sendiri ataupun tidak:

Boleh bekerja & menanggung diri Tidak berupaya bekerja & menanggung diri

(g) Tahap ketidakupayaan yang dialami – **sila lengkapkan BAHAGIAN C.II (b)**

(h) Ulasan tambahan (jika ada):

(Tandatangan Pakar Perubatan)

Nama Penuh :

Jawatan :

Bidang Kepakaran :

Cop Jabatan :

***** Pakar Perubatan Kerajaan yang melakukan pemeriksaan hendaklah mengesahkan tahap ketidakupayaan penama seperti di Bahagian C.II (b) Jadual Jenis dan Tahap Ketidakupayaan di muka surat sebelah.**

* Tandakan pada petak yang berkenaan.

BAHAGIAN C.II (b) PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN (KES CACAT ANGGOTA)

Bahagian ini hendaklah diisi dan disahkan oleh Pakar Perubatan Kerajaan sahaja) Tandakan pada petak yang berkenaan.

JADUAL JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN (CACAT ANGGOTA)

BIL.	DOMAIN	TAHAP KETIDAKUPAYAAN				
		0 TIADA MASALAH	1 RINGAN (<i>mild</i>)	2 KETARA (<i>moderate</i>)	3 TERUK (<i>severe</i>)	4 AMAT TERUK (<i>very severe</i>)
1.	Ketidakupayaan urus diri : (makan, minum, kebersihan diri, mengenakan pakaian, komunikasi)					
2.	Ketidakupayaan pergerakan : (Berjalan, perpindahan tubuh badan, memandu kenderaan)					
3.	Ketidakupayaan kemahiran domestik: (melakukan aktiviti rumah seperti mengemas, mencuci pakaian, membersihkan rumah)					
4.	Ketidakupayaan kemahiran motor halus / <i>dexterity functions</i> : (menggunakan peralatan-peralatan rumah, aspek keselamatan, kawalan pergerakan / fungsi tangan atau kaki)					
5.	Ketidakupayaan fungsi sosial: (kebolehan interaksi dan komunikasi dengan keluarga, masyarakat, masyarakat tempat kerja / sekolah secara wajar. Manifestasi: hilang kebolehan untuk berbual, takut kepada orang luar, mengelak diri dari bergaul, mengurung diri, kerap dibuang kerja.					
6.	Ketidakupayaan fungsi kognitif: (kemampuan daya ingatan, tumpuan menyiapkan sepenuhnya (<i>persistence</i>) dan kepantasan untuk menyiapkan sesuatu aktiviti. Manifestasi: bilangan kesilapan, masa yang diperlukan untuk menyelesaikan aktiviti, dan sama ada beliau perlu dibantu)					
7.	Tahap kebergantungan terhadap aktiviti harian: (Manifestasi ; Boleh berdikari atau perlu separa bantuan atau perlu bantuan sepenuhnya)					

Disahkan oleh :

Cop Nama, Jawatan & Jabatan :

Tarikh.....

(tandatangan pakar)

**C.III (a) PENGESAHAN PAKAR PSIKIATRI KERAJAAN –
BAGI KES KECELARUAN MENTAL (*MENTAL DISORDER*)**

Bahagian ini hendaklah diisi dan disahkan oleh Pakar Psikiatri Kerajaan sahaja)

Tandakan pada petak yang berkenaan.

Saya mengesahkan bahawa:

(a) Penama mengalami kecelaruan mental (*mental disorder*) iaitu :

yang disebabkan oleh _____

(b) Penama mengalami kecelaruan mental (*mental disorder*) sejak _____

(c) Tahap ketidakupayaan yang dialami – **silalah lengkapkan BAHAGIAN C.III (b)**

(d) Selain daripada mengalami ketidakupayaan di atas, penama juga mengalami kecacatan/ketidakupayaan:

(e) Kecacatan/ketidakupayaan yang dialami penama ini adalah berkekalan atau telah mencapai *maximum medical improvement* (MMI):

Ya Tidak

(f) Silalah beri pendapat sama ada penama boleh bekerja dan berupaya untuk menanggung diri sendiri ataupun tidak:

Boleh bekerja & berupaya menanggung diri Tidak berupaya bekerja & menanggung diri

(g) Ulasan tambahan (jika ada):

(Tandatangan Pakar Psikiatri)

Nama Penuh :

Jawatan :

Cop Jabatan :

***** Pakar Psikiatri Kerajaan yang melakukan pemeriksaan hendaklah mengesahkan tahap ketidakupayaan penama seperti di Bahagian C.III (b) Jadual Jenis dan Tahap Ketidakupayaan di muka surat sebelah.**

*Tandakan pada petak yang berkenaan.

BAHAGIAN C.III (b) PENGESAHAN PAKAR PSIKIATRI KERAJAAN

Bahagian ini hendaklah diisi dan disahkan oleh Pakar Psikiatri Kerajaan sahaja) Tandakan pada petak yang berkenaan.

JADUAL JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN

BIL.	DOMAIN	TAHAP KETIDAKUPAYAAN				
		0 TIADA MASALAH	1 RINGAN (<i>mild</i>)	2 KETARA (<i>moderate</i>)	3 TERUK (<i>severe</i>)	4 AMAT TERUK (<i>very severe</i>)
1.	Ketidakupayaan urus diri : (makan, minum, kebersihan diri, mengenakan pakaian, komunikasi)					
2.	Ketidakupayaan pergerakan : (Berjalan, perpindahan tubuh badan, memandu kenderaan)					
3.	Ketidakupayaan kemahiran domestik: (melakukan aktiviti rumah seperti mengemas, mencuci pakaian, membersihkan rumah)					
4.	Ketidakupayaan kemahiran motor halus / <i>dexterity functions</i> : (menggunakan peralatan-peralatan rumah, aspek keselamatan, kawalan pergerakan / fungsi tangan atau kaki)					
5.	Ketidakupayaan fungsi sosial: (kebolehan interaksi dan komunikasi dengan keluarga, masyarakat, masyarakat tempat kerja / sekolah secara wajar. Manifestasi: hilang kebolehan untuk berbual, takut kepada orang luar, mengelak diri dari bergaul, mengurung diri, kerap dibuang kerja.					
6.	Ketidakupayaan fungsi kognitif: (kemampuan daya ingatan, tumpuan menyiapkan sepenuhnya (<i>persistence</i>) dan kepantasan untuk menyiapkan sesuatu aktiviti. Manifestasi: bilangan kesilapan, masa yang diperlukan untuk menyelesaikan aktiviti, dan sama ada beliau perlu dibantu)					
7.	Ketidakupayaan kawalan tingkahlaku: (Manifestasi ; Agresif, memarahi atau mengancam orang lain tanpa sebab, memecahkan objek,berbogel di khalayak umum, menyerang orang lain)					

Disahkan oleh :

Cop Nama, Jawatan & Jabatan :

Tarikh.....

(tanda tangan pakar)