



**BORANG LAPORAN PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN MENGENAI ANAK KURANG
UPAYA TANGGUNGAN PESARA**

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

No. Fail :

Tarikh Terima: Hari Bulan Tahun

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

ARAHAN

1. Sila isikan borang ini dengan menggunakan dakwat **HITAM** atau **BIRU** sahaja.
2. Sila sertakan bersama **salinan sijil lahir anak OKU, salinan kad pengenalan anak OKU, salinan kad OKU dan sijil pengangkatan anak OKU (bagi anak angkat).**
3. Sila gunakan **HURUF BESAR** dan tandakan pada kotak/petak yang berkaitan.

PERINGATAN

- a) Bahagian (A) dan (B) diisi oleh **penjaga anak OKU yang mengalami ketidakupayaan.**
- b) Bahagian (C) hendaklah diisi oleh Pakar Perubatan Kerajaan mengikut jenis ketidakupayaan yang berkenaan sahaja.
- c) Bagi kes anak yang mengalami **ketidakupayaan anggota**, Pakar Perubatan Kerajaan yang berkaitan **WAJIB** melengkapkan Bahagian C.II (a) di muka surat 4. Manakala bagi **ketidakupayaan pendengaran**, Pakar Perubatan Kerajaan yang berkaitan **WAJIB** melengkapkan Bahagian C.II (b) di muka surat 5.
- d) Bagi kes **kecelaruan mental**, Pakar Psikiatri Kerajaan **WAJIB** melengkapkan **Bahagian C.III (b) iaitu Maklumat Berkaitan Tahap Ketidakupayaan** seperti di muka surat 7.

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

**GAMBAR PENUH ANAK OKU
TANGGUNGAN PESARA YANG
MENGALAMI KETIDAKUPAYAAN,
SAIZ 3R**

(SILA LEKATKAN DI RUANGAN INI)

C.I PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN - BAGI KES KETIDAKUPAYAAN OTAK

Bahagian ini mesti diisi oleh **Pakar Perubatan Kerajaan** dan ditandakan pada petak yang berkenaan.

Saya mengesahkan bahawa:

(a) Diagnosis :

(b) Ketidakupayaan otak ini dialami sejak berumur _____ tahun dan : Kekal Tidak Kekal (boleh sembuh)

(c) Jenis Ketidakupayaan :

- Sindrom Down (*Down Syndrome*) *Attention Deficit Hyperactive Disorder* (ADHD)
 Ketidakupayaan Intelektual (*Intellectual Disabilities*) lain-lain (*others*). (Nyatakan): _____
 Autism Spectrum Disorder (ASD)

(d) Tahap ketidakupayaan otak yang dialami:

- Mild* *Moderate* *Severe* *Profound*

(e) Selain daripada ketidakupayaan otak, penama juga mengalami ketidakupayaan: _____

(f) Adakah ketidakupayaan otak ini menyebabkan penama boleh bekerja dan berupaya untuk menanggung dirinya sendiri ataupun tidak?

- Boleh bekerja sebagai _____ atau menanggung diri. Tidak berupaya bekerja atau menanggung diri.

(g) *Brief History and Physical Examination*: (Sila sertakan lampiran jika ruang tak mencukupi)

(Tandatangan **Pakar Perubatan Kerajaan**)

Nama Penuh :

Jawatan :

Bidang Kepakaran :

Cop Jabatan :

Tarikh :

C.II (a) PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN - BAGI KES KETIDAKUPAYAAN ANGGOTA

Bahagian ini mesti diisi oleh **Pakar Perubatan Kerajaan** dan ditandakan pada petak yang berkenaan.

Saya mengesahkan bahawa :

(a) **Diagnosis :**

(b) Selain daripada ketidakupayaan anggota, penama juga mengalami ketidakupayaan : _____

(c) Ketidakupayaan anggota ini dialami sejak berumur _____ tahun dan : Kekal Tidak Kekal (boleh sembuh)

(d) Tahap ketidakupayaan yang dialami :

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

(e) Jika penama mengalami **ketidakupayaan pendengaran (pekak)**, sila nyatakan tahap ketidakupayaan pendengaran penama pada telinga yang lebih baik :

Minima 26-40dB Sederhana 41-60dB Teruk (severe) 61-80dB Sangat teruk (profound) >81dB

(f) Tahap ketidakupayaan yang dialami – **sila lengkapkan Jadual Jenis dan Tahap Ketidakupayaan di BAHAGIAN C.II (b)**

(g) Jika penama mengalami **ketidakupayaan penglihatan**, sila nyatakan tahap ketidakupayaan penglihatan penama:

<input type="checkbox"/> Terhad kedua-dua mata Penglihatan $\leq 6/18$ tetapi $\geq 3/60$ ATAU medan penglihatan kurang daripada 20 darjah dari fiksasi	<input type="checkbox"/> Buta kedua-dua mata Penglihatan $\leq 3/60$ ATAU medan penglihatan kurang daripada 10 darjah dari fiksasi	<input type="checkbox"/> Terhad atau buta sebelah mata
---	--	--

(h) Tahap penglihatan selepas pembetulan dengan cermin mata/kanta sentuh: **Mata Kanan:** _____ **Mata Kiri:** _____

(i) Adakah penama boleh bekerja dan berupaya untuk menanggung dirinya sendiri ataupun tidak?

Boleh bekerja sebagai _____ atau menanggung diri. Tidak berupaya bekerja atau menanggung diri

(j) *Brief History and Physical Examination* : (Sila sertakan lampiran jika ruang tak mencukupi)

(Tandatangan **Pakar Perubatan Kerajaan**)

Nama Penuh :

Jawatan :

Bidang Kepekaran :

Cop Jabatan :

Tarikh :

BAHAGIAN C.II (b) PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN (KES KETIDAKUPAYAAN PENDENGARAN)

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

JADUAL JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN PENDENGARAN

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.	<p>Ketidakupayaan Pendengaran:</p> <p>Mengalami kesukaran untuk mendengar bunyi pertuturan walaupun terhadap suara yang kuat di tempat senyap atau tidak dapat mendengar bunyi jeritan yang kuat.</p> <p>Manifestasi: Tiada tindakbalas terhadap bunyi pertuturan walaupun menggunakan peranti pendengaran (Alat Bantu Pendengaran, Implan Koklea atau <i>Assistive Listening Devices</i>)</p>					
2.	<p>Keselamatan diri:</p> <p>Tidak dapat mendengar bunyi yang diperlukan untuk keselamatan diri.</p> <p>Manifestasi: Tidak dapat mendengar bunyi penggera asap, siren pemadam kebakaran, atau hon kereta/trak.</p>					
3.	<p>Ketidakupayaan komunikasi dan fungsi sosial:</p> <p>Kebolehan interaksi dan komunikasi dengan keluarga, masyarakat, masyarakat tempat kerja / sekolah secara wajar.</p> <p>Manifestasi: Tidak mampu berkomunikasi secara lisan, tidak memahami pertuturan, kurang penglibatan dalam aktiviti sosial, perlu menggunakan bahasa isyarat atau bergantung sepenuhnya kepada orang lain untuk komunikasi.</p>					
4.	<p>Mengalami ketidakupayaan pendengaran dan gangguan tinnitus yang berterusan:</p> <p>Tinnitus berterusan pada telinga yang mengalami ketidakupayaan pendengaran walaupun penama telah diberi rawatan intervensi tinnitus.</p> <p>Manifestasi: Mengalami tinnitus berterusan. Aktiviti/ rutin harian penama terjejas.</p>					

Disahkan oleh :
(Tandatangan Pakar)

Cop Nama, Jawatan & Jabatan :

Tarikh :

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

Bahagian ini mesti diisi dan dilengkapkan oleh **Pakar Psikiatri Kerajaan** sahaja.

Tandakan pada petak yang berkenaan.

Saya mengesahkan bahawa:

(a) Diagnosis :

(b) Penama mengalami kecelaruan mental (*mental disorder*) sejak berumur _____ tahun.

(c) Tahap ketidakupayaan yang dialami – **silalah lengkapkan Jadual Jenis dan Tahap Ketidakupayaan** di BAHAGIAN C.III (b)

(d) Selain daripada mengalami kecelaruan mental di atas, penama juga mengalami ketidakupayaan:

(e) Kecelaruan mental yang dialami penama ini adalah berkekalan atau telah mencapai *Maximum Medical Improvement* (MMI): Ya Tidak

(f) Adakah penama boleh bekerja dan berupaya untuk menanggung dirinya sendiri ataupun tidak?

Boleh bekerja sebagai _____ atau menanggung diri. Tidak berupaya bekerja atau menyara diri

(g) *Brief History and Mental State Examination* :

(Tandatangan **Pakar Psikiatri Kerajaan**)

Nama Penuh :
Jawatan :
Cop Jabatan :
Tarikh :

*** **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.

BAHAGIAN C.III (b) PENGESAHAN PAKAR PSIKIATRI KERAJAAN (KES KECELARUAN MENTAL)

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 :
(Tandatangan Pakar)

Cop Nama, Jawatan & Jabatan :

Tarikh :