

BANTUAN PERUBATAN BAITULMAL MAIWP
LAPORAN PERUBATAN MENGENAI PESAKIT UNTUK PERMOHONAN BAITULMAL MAIWP



Laporan perubatan ini disediakan oleh doktor yang merawat pesakit/ pusat perubatan yang mempunyai sejarah terkini berkenaan kesihatan pesakit untuk menentukan tahap kesihatan pesakit bagi pihak Baitulmal MAIWP. Laporan ini diperlukan bagi memenuhi syarat permohonan Bantuan Perubatan di Baitulmal MAIWP.

1.	NAMA PESAKIT	
2.	NO.TELEFON	
3.	ALAMAT TERKINI	
4.	NO. PENDAFTARAN PESAKIT	
5.	TARIKH MASUK HOSPITAL (Jika ada)	
6.	TARIKH KELUAR HOSPITAL (Jika ada)	
7.	TARIKH KEMATIAN (Jika ada)	
8.	NO. KP 12 DIGIT / NO. SURAT BERANAK	
9.	UMUR / JANTINA	
8.	PENYAKIT YANG DIHADAPI (<i>ILLNESS</i>) : _____ KEPERLUAN YANG DISYORKAN BERDASAR KESIHATAN:	
KATEGORI		
UBAT-UBATAN		LAMPIN
1. NAMA UBAT : (SILA KEPILKAN SYOR JIKA MELEBIHI SATU JENIS) 2. BERAT/MG UBAT : 3. KEPERLUAN SEHARI: 4. KEPERLUAN SEBULAN: 5. TEMPOH KEPERLUAN (NYATAKAN BERAPA BULAN/ SETAHUN):	1. SAIZ : 2. JENIS : PELEKAT (TAPE)/ SELUAR (PANTS) 3. KEPERLUAN SEHARI: 4. KEPERLUAN SEBULAN: 6. TEMPOH KEPERLUAN (NYATAKAN BERAPA BULAN/ SETAHUN):	
SUSU (JENIS/ JUMLAH PERBULAN DAN TEMPOH WAJIB DIISI)		PEMBEDAHAN/ PERALATAN UNTUK PEMBEDAHAN
1. JENIS/ JENAMA: 2. BERAT/ ML/ GRAM: 3. KEPERLUAN SEHARI: 4. KEPERLUAN SEBULAN: 7. TEMPOH KEPERLUAN (NYATAKAN BERAPA BULAN/ SETAHUN):	1. TARIKH PEMBEDAHAN: 2. ANGGARAN KOS/ KOS SEBENAR RAWATAN: 3. JENIS PEMBEDAHAN: 4. ADAKAH PEMBEDAHAN BOLEH DIANJAK DARI TARIKH YANG DICADANGKAN: 5. KAEDAH RAWATAN YANG DICADANGKAN: 6. SEBUTHARGA DARI PEMBEKAL HOSPITAL DILAMPIRKAN (JIKA BERKAITAN): YA/ TIDAK	

PERALATAN SELAIN PEMBEDAHAN	CERMIN MATA/ KANTA SENTUH
<p>1. KATEGORI PERALATAN KESIHATAN YANG DICADANGKAN: CONTOH:</p> <p>a) SET DIABETIK (ALCOHOL SWAB, LANCET, STRIPS, NEEDLE) b) MESIN OKSIGEN c) ALATAN PENDENGARAN d) KATIL e) TILAM HOSPITAL f) TONGKAT g) KERUSI RODA h) KAKI PALSU</p> <p>CADANGAN : _____ _____</p> <p>2. MEDICAL GRED/ NON MEDICAL GRED (JIKA BERKAITAN):</p> <p>3. STATUS PESAKIT : NORMAL/ SEPARA KRITIKAL/ KRITIKAL</p> <p>4. ANGGARAN KOS/ KOS SEBENAR PERALATAN:</p> <p>5. SEBUTHARGA DARI PEMBEKAL HOSPITAL DILAMPIRKAN (JIKA BERKAITAN): YA/ TIDAK</p>	<p>BAHAGIAN INI HANYA PERLU DIISI BAGI PERMOHONAN YANG MELIBATKAN OFTALMOLOGI.</p> <p>ANTARA MASALAH BERKAITAN:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ADVANCED DIABETIC EYE DISEASE – DIAGNOSED BY SPECIALIST 2. AGE RELATED MACULAR DEGENERATION (ARMD) / POLYPOIDALCHOROIDALVASCULOPATHY (PCV). 3. BLINDNESS 4. ANOPHTHALMIC SOCKET – DIAGNOSED BY SPECIALIST 5. GLAUCOMA REQUIRING SURGERY WITH GLAUCOMA IMPLANT 6. RETINAL VASCULAR DISEASE – DIAGNOSED BY SPECIALIST <p>MEDAN PENGLIHATAN (VISUAL FIELD) :</p> <p>I. MATA KANAN (<i>RIGHT EYE</i>):</p> <p>II. MATA KIRI (<i>LEFT EYE</i>):</p> <p>LAIN-LAIN ULASAN YANG BERKAITAN:</p> <p>(i)</p> <p>(ii)</p>
<p>KEPERLUAN PADA RAWATAN HEMODIALISIS (MOHON NYATAKAN/ LAMPIRKAN LAPORAN MASALAH BUAH PINGGANG YANG DIHADAPI)</p>	
<p>KETERANGAN LANJUT TENTANG PENYAKIT</p>	
<p>SILA NYATAKAN IMPLIKASI PENYAKIT TERSEBUT JIKA TIDAK DIRAWAT DENGAN SEGERA</p>	
<p>LAIN-LAIN PENYAKIT YANG DIHADAPI</p>	

SAYA SAHKAN MAKLUMAT YANG DIBERIKAN DI ATAS ADALAH BENAR

.....
**TANDATANGAN & NAMA DOKTOR, NO. MPM
DAN COP RASMI HOSPITAL**

TARIKH : _____
DATE