

**JABATAN PENGURUSAN FASILITI BERSEPADU
HOSPITAL CANCELOR TUANKU MUHRIZ**

**SENARAI SEMAK
BORANG PEMOHONAN KEMUDAHAN TEMPAT LETAK KENDERAAN KHAS KAKITANGAN
(MASALAH KESIHATAN)**

PERKARA	ADA	TIADA
1) Surat permohonan kemudahan tempat letak kenderaan khas kakitangan (Masalah Kesihatan).	☐	☐
2) Borang Laporan Penilaian Rawatan Perubatan Oleh Pegawai Perubatan yang merawat untuk memohon kemudahan tempat letak kenderaan khas kakitangan (Masalah Kesihatan).	☐	☐
3) Laporan rawatan dari Jabatan Perkhidmatan Pemulihan Perubatan (sekiranya ada)	☐	☐
4) Salinan rekod kehadiran temujanji Klinik Pakar	☐	☐
5) Rekod cuti sakit (Tahun semasa dan 3 tahun sebelumnya)	☐	☐
6) Lain-lain _____	☐	☐

BORANG PEMOHONAN KEMUDAHAN TEMPAT LETAK KENDERAAN KHAS KAKITANGAN (MASALAH KESIHATAN)

Bahagian A: Maklumat Pemohon

Nama	:			
UKM Per	:		No. MRN	:
Jawatan	:		No. Telefon/ Sambungan	:
Jabatan	:		Email	:

Bahagian B: Maklumat Penyakit

1. Masalah utama (Chief complaints) :
2. Bilakah penyakit / masalah utama ini mula dilaporkan oleh pesakit ? (Nyatakan tarikh) :
3. Sejarah penyakit / kecederaan :
4. Adakah pesakit mendapat rawatan sokongan (contoh : rawatan fisioterapi) ? ☐ Tidak ☐ Ya. Sila nyatakan jenis rawatan : _____
5. Adakah pesakit memerlukan alat bantuan sokongan untuk bergerak? (cth: Kerusi Roda, Tongkat) ☐ Tidak ☐ Ya. Sila nyatakan jenis alat bantuan sokongan: _____
6. Adakah berjalan kaki dari kawasan tempat letak kenderaan di dalam kawasan hospital ke pejabat / tempat bertugas boleh menyebabkan tahap kesihatan / kecederaan pesakit terjejas ? <i>(Anggaran jarak Tempat Letak Kenderaan (TLK) Zon R Praklinikal ke Lobi Utama HCTM : 500 - 550 meter, TLK Zon L ke Lobi Utama : 335 meter, TLK Zon E ke Lobi Utama : 582 meter)</i> ☐ Tidak ☐ Ya. Sila nyatakan kesan pada pesakit : _____ _____
7. Adakah aktiviti menolak kenderaan (disebabkan kenderaan diletakkan secara berlapis) boleh memudaratkan penyakit / kecederaan yang dihadapi oleh pesakit ? ☐ Tidak ☐ Ya. Sila nyatakan kesan pada pesakit : _____ _____

8. Adakah pesakit boleh melakukan aktiviti harian (melakukan kerja rumah, membeli belah dan lain-lain) dan beriadah (bersenam, bersukan dan lain-lain) setelah menjalani rawatan?

☐ Tidak. Sila nyatakan kesan pada pesakit : _____

☐ Ya.

9. Adakah pesakit pernah dirujuk kepada Lembaga Perubatan?

☐ Tidak

☐ Ya. Sila nyatakan tarikh : _____

10. Perkembangan terkini tahap masalah kesihatan pesakit? (Contoh: Jangkaan tempoh rawatan untuk pulih, kemajuan rawatan yang diberikan, cadangan rawatan lain (sekiranya perlu))

Saya mengaku bahawa kenyataan di atas adalah benar.

Tarikh :.....

.....
Tandatangan Pakar/ Pegawai Perubatan

Nama Penuh dan Kelayakan :

Cop Hospital Canselor Tuanku Muhriz :