



**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**
2. Sila gunakan **HURUF BESAR**
3. Sila tandakan pada kotak/petak yang berkaitan

PERINGATAN

- a) Bahagian (A) dan (B) diisi oleh penjaga anak 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 (b) di muka surat 5.
- d) Bagi kes kecelaruan mental pula, Pakar Psikiatri Kerajaan **WAJIB** melengkapkan Bahagian C.III (b) iaitu Maklumat Berkaitan Tahap Ketidakupayaan seperti di muka surat 7.
- e) Sila sertakan sekeping gambar penuh anak yang mengalami ketidakupayaan (saiz 3R).

Gambar penuh anak
pesara yang mengalami
ketidakupayaan

(A) MAKLUMAT PESARA *(WAJIB DIISI)

1a. No. Kad Pengenalan semasa

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

1b. Kategori Kad Pengenalan semasa

01	Baru	02	Lama	03	Tentera	04	Polis
----	------	----	------	----	---------	----	-------

2. Nama Pesara

(B) MAKLUMAT ANAK KURANG UPAYA TANGGUNGAN PESARA *(WAJIB DIISI)

1a. No. Kad Pengenalan semasa

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

1b. Kategori Kad Pengenalan semasa *

01	Baru	03	Tentera	05	Sijil Lahir
02	Lama	04	Polis		

2. Nama Anak

3. Tarikh lahir

		/			/					
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--	--

Hari Bulan Tahun

4. Jantina *

L	Lelaki	P	Perempuan
---	--------	---	-----------

5. Nombor Telefon Penjaga untuk dihubungi: (Tel. Bimbit) : _____ (Tel. Rumah) _____

6. Alamat Surat Menyurat : _____

(C) MAKLUMAT PEMERIKSAAN DAN PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN *(WAJIB DIISI)

1. Saya telah memeriksa penama di atas (Bahagian B) pada _____ (tarikh) dan mengesahkan beliau mengalami;

- Ketidakupayaan Otak (*Mental Retardation*) – sila lengkapkan ruangan C I
- Ketidakupayaan Anggota (*Physical handicap*) – Sila lengkapkan ruangan C II (a) dan C II (b)
- Kecelaruhan Mental (*Mental Disorder*) – sila lengkapkan ruangan C III (a) dan C III (b)

2. Latar belakang perubatan:

(Sila nyatakan sejarah ketidakupayaan atau penyakit, kemahiran sosial seperti kebolehan menjaga kebersihan diri, tahap persekolahan dan keupayaan menyara diri)

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

Bahagian ini mesti diisi dan disahkan oleh Pakar Perubatan Kerajaan yang berkenaan

Saya mengesahkan bahawa:

(a) Penama mengalami ketidakupayaan otak (Jenis ketidakupayaan) :

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sindrom <i>Down</i> (<i>Down Syndrome</i>) | <input type="checkbox"/> Lewat perkembangan (<i>Global Development Delay</i>) |
| <input type="checkbox"/> Ketidakupayaan 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 (<i>others</i>): (Nyatakan) _____ |

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

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

- Boleh bekerja dan menanggung diri Tidak berupaya bekerja dan menanggung diri

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

(e) Ulasan tambahan (jika ada) : _____

(Tandatangan Pakar Perubatan)

Nama Penuh : _____

Jawatan : _____

Bidang Kepekaran : _____

Cop Jabatan : _____

* Tandakan pada petak yang berkenaan.

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

Bahagian ini mesti diisi oleh Pakar Perubatan Kerajaan yang berkenaan.

Saya mengesahkan bahawa:

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

(b) Ketidakupayaan anggota ini dialami olehnya sejak umur _____

(c) Tahap ketidakupayaan yang dialami:

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

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

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

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

Boleh bekerja dan menanggung diri Tidak berupaya bekerja dan menanggung diri

(g) Tahap ketidakupayaan yang dialami – **sila lengkapkan Jadual Jenis dan Tahap Ketidakupayaan** di 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 KETIDAKUPAYAAN ANGGOTA)

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

JADUAL JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN 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.	Ketidakupayaan kawalan tingkahlaku: (Manifestasi ; Agresif, memarahi atau mengancam orang lain tanpa sebab, memecahkan objek, menjerit di khalayak umum, menyerang orang lain)					

Disahkan oleh :

Cop Nama, Jawatan & Jabatan :

Tarikh.....

(tanda tangan pakar)

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

yang disebabkan oleh _____

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

(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 dan menyara diri Tidak berupaya bekerja dan menyara 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 (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 :

Cop Nama, Jawatan & Jabatan :

Tarikh.....

(tandatangan pakar)