

## CONSENT, AUTHORISATION AND DECLARATION FORM

This is to confirm that, I \_\_\_\_\_  
(Name of Staff)

IC Number \_\_\_\_\_ USM Staff Number \_\_\_\_\_

Hereby irrevocably consent and authorise Universiti Sains Malaysia Health Facility to :-

- i. Carry out a medical examination on me including the testing of blood and urine and the taking of chest x-ray in compliance with medical screening requirement, and
- ii. Disclose my health report/records and any other health information to USM, the Ministry of Higher Education, the Ministry of Health, the Immigration Department of Malaysia and any other relevant authorities, as and when it is required to do so.
- iii. I agree and will pay all charges imposed for the purpose of this medical examination.

I also hereby confirm the following :

- i. I have \*not taken/taken (if taken\*\*, please specify) any medication/drugs within the last two (2) weeks, and

(a) \_\_\_\_\_ (b) \_\_\_\_\_ (c) \_\_\_\_\_

- ii. My last menstrual period was on \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ (DD/MM/YY)  
**(FEMALES ONLY)**

*\*please cross whichever is not applicable.*

*\*\* taken define as drink/consume/injectable/inhale*

\_\_\_\_\_  
Staff Signature

\_\_\_\_\_  
Date

Witnessed by :

Official Stamp :

\_\_\_\_\_  
Attending Staff



## BORANG KEBENARAN DAN PERAKUAN

Ini adalah untuk mengesahkan bahawa, saya

\_\_\_\_\_ (Nama Staf)

Nombor K/P \_\_\_\_\_ Nombor Staf \_\_\_\_\_

Dengan ini bersetuju dan memberi kuasa kepada Fasiliti Kesihatan Universiti Sains Malaysia untuk:

- i. Menjalankan pemeriksaan perubatan ke atas saya termasuk ujian darah, air kencing dan pemeriksaan X-Ray dada (*Chest X-Ray*) sebagai mematuhi kehendak pemeriksaan perubatan, dan
- iii. Menyerahkan laporan kesihatan saya / rekod dan maklumat kesihatan yang lain untuk USM, Kementerian Pengajian Tinggi, Kementerian Kesihatan, Jabatan Imigresen Malaysia dan mana-mana pihak berkuasa lain yang berkaitan, dan apabila ia diperlukan untuk berbuat demikian.
- iv. Saya bersetuju dan akan membayar segala caj yang dikenakan bagi tujuan pemeriksaan perubatan ini.

Saya dengan ini mengesahkan perkara berikut:

- i. Saya \*tidak mengambil / ambil (jika diambil\*\*, sila nyatakan) apa-apa ubat atau dadah dalam tempoh dua (2) minggu lepas.  
(a) \_\_\_\_\_ (b) \_\_\_\_\_ (c) \_\_\_\_\_
- ii. Tarikh hari pertama haid terakhir saya adalah pada \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ (DD / MM / YY)  
**(PEREMPUAN SAHAJA)**

*\*sila potong yang mana tidak berkenaan*

*\*\* ambil bermaksud minum/makan/suntik/sedut*

\_\_\_\_\_  
Tandatangan

\_\_\_\_\_  
Tarikh

Disaksikan oleh:

Cop Rasmi:

\_\_\_\_\_  
Staf bertugas



Maklumat Waris/ Next of Kin Details:

Nama/Name : \_\_\_\_\_

Alamat/Address : \_\_\_\_\_

No Telefon/  
Phone Number : \_\_\_\_\_

**B. MAKLUMAT KESIHATAN DIRI / HEALTH INFORMATION  
SILA TANDAKAN (/) DI KOTAK BERKENAAN / PLEASE SELECT (/) ON RELEVANT  
BOXES**

SILA BERI MAKLUMAT KESIHATAN YANG **TEPAT** DAN DISAHKAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN.  
PLEASE PROVIDE **ACCURATE** HEALTH INFORMATION AS CERTIFIED BY A MEDICAL PRACTITIONER.

NO.	MASALAH KESIHATAN/HEALTH ISSUES	DIRI/SELF		STATUS RAWATAN/TREATMENT STATUS YA / TIDAK
		YA/YES	TIDAK /NO	
1.	DARAH TINGGI <i>HYPERTENSION</i>			YA/TIDAK
2	KENCING MANIS <i>DIABETES</i>			YA/TIDAK
3.	SAKIT JANTUNG /PENYAKIT JANTUNG <i>HEART DISEASE</i>			YA/TIDAK
4.	KOLESTROL / LIPID TINGGI <i>HYPER CHOLESTROLEMIA / HYPERLIPIDEMIA</i>			YA/TIDAK
5.	STROK (ANGIN AHMAR) <i>STROKE</i>			YA/TIDAK
6.	MIGRAIN <i>MIGRAINE</i>			YA/TIDAK
7.	SAWAN <i>FITS</i>			YA/TIDAK
8.	SAKIT JIWA <i>MENTAL ILLNESS</i>			YA/TIDAK
9	PENYAKIT GINJAL (BUAH PINGGANG) <i>KIDNEY DISEASE</i>			YA/TIDAK
10	PENYAKIT TULANG BELAKANG <i>SPINE DISORDER</i>			YA/TIDAK
11	PENYAKIT SEJAK LAHIR / KECACATAN <i>CONGENITAL DISORDER / DISABILITY</i>			PANCAINDERA (BUTA/PEKAK / BISU) <i>SENSE (BLIND/ DEAF/ MUTE)</i> ANGGOTA (KAKI / TANGAN) <i>LIMB (FOOT / HAND)</i> ORGAN DALAMAN (JANTUNG & LAIN-LAIN) <i>INTERNAL ORGAN (HEART &amp; OTHERS)</i>
12	ALERGI <i>ALLERGY</i>			UBAT/MAKANAN/HABUK/LAIN-LAIN <i>DRUGS/ FOOD / DUST / OTHERS</i>
13	GLAUKOMA MATA <i>EYE GLAUCOMA</i>			YA/TIDAK
14	RESDUNG / <i>SINUS</i> <i>ALLERGIC RHINITIS / SINUSITIS</i>			YA/TIDAK
15	SAKIT TIROID <i>THYROID DISEASE</i>			YA/TIDAK
16	ASMA / LELAH <i>ASTHMA</i>			YA/TIDAK
17	PENYAKIT TIBI / BATUK KERING <i>TUBERCULOSIS</i>			RAWATAN TELAH LENGKAP YA/TIDAK <i>COMPLETED TREATMENT</i>
18	PENYAKIT GASTRIK <i>GASTRIC</i>			YA/TIDAK

NO.	MASALAH KESIHATAN/HEALTH ISSUES	DIRI/SELF		STATUS RAWATAN/TREATMENT STATUS YA / TIDAK
		YA/YES	TIDAK /NO	
19	GOUT <i>GOUT</i>			YA/TIDAK
20	PENYAKIT SENDI (CTH: OSTEOARTHRITIS) <i>JOINT DISEASE (EG: OSTEOARTHRITIS)</i>			YA/TIDAK
21	KANSER <i>CANCER</i>			YA/TIDAK
22	PENYALAHGUNAAN DADAH <i>DRUG ADDICTION</i>			YA/TIDAK
23	HIV <i>AIDS</i>			YA/TIDAK
24	HEPATITIS B <i>HEPATITIS B</i>			YA/TIDAK
25	HEPATITIS C <i>HEPATITIS C</i>			YA/TIDAK
26	ADAKAH ANDA SEORANG PEROKOK? <i>ARE YOU A SMOKER?</i>	TIDAK MEROKOK / <i>NON SMOKER</i> <input type="checkbox"/> BEKAS PEROKOK / <i>EX SMOKER</i> <input type="checkbox"/> PEROKOK / <i>SMOKER</i> <input type="checkbox"/>		
27	SILA NYATAKAN KUMPULAN DARAH ANDA / <i>PLEASE STATE YOUR BLOOD GROUP</i>	A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> AB <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> RH+ <input type="checkbox"/> RH- <input type="checkbox"/>		
28	SEJARAH PEKERJAAN DAHULU/ : <i>PREVIOUS WORKING HISTORY</i>	TAHUN		JAWATAN:
	a) NAMA AGENSI/AGENCY'S NAME:			
	b) NAMA AGENSI/AGENCY'S NAME:			
	c) NAMA AGENSI/AGENCY'S NAME:			

**C. PENGAKUAN & KEBENARAN / DECLARATION & AUTHORIZATION**  
**(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan USM)**  
*(To be completed prior to meeting USM medical practitioner)*

**Pengakuan & Kebenaran Pemohon / Applicant's Declaration & Authorization**

Saya mengakui bahawa maklumat perubatan yang diberikan di **Bahagian B** adalah **BENAR** dan sekiranya maklumat itu **palsu** atau saya didapati **menyembunyikan** maklumat kesihatan saya, tindakan boleh dikenakan ke atas saya.

*I hereby declare that the medical information provided in Section B is true and if in any case the information is false or not revealed, action could be taken on me.*

Saya dengan ini bersetuju untuk memberi kebenaran kepada pihak tuan bagi mengemukakan maklumat mengenai pemeriksaan perubatan ini kepada pihak berkuasa universiti.

*I hereby give my consent for this medical examination information to be presented to USM.*

Tandatangan Pemohon  
*Applicant's Signature* :

\_\_\_\_\_

Nama Pemohon  
*Applicant's Name* :

\_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan  
*Identification Number* :

\_\_\_\_\_

Tarikh  
*Date* :

\_\_\_\_\_

**Pengakuan Saksi \* / Witness's Declaration**

Saya dengan ini mengesahkan maklumat kesihatan di **Bahagian B** dibuat oleh pemohon dan tandatangan di **Bahagian C** adalah tandatangan pemohon.

*I hereby declare that the medical information in **Section B** is provided by the applicant and the signature in **Section C** is the applicant's signature.*

Tandatangan Saksi\*  
*Witness's Signature\** : \_\_\_\_\_

Nama Saksi\*  
*Witness's name\** : \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan  
*Identification Number* : \_\_\_\_\_

Tarikh  
*Date* : \_\_\_\_\_

Cop Rasmi Jawatan  
*Official Stamp* : \_\_\_\_\_

**\*Pegawai dalam perkhidmatan Awam sahaja.**

**\*Government Officer only.**

**D. PEMERIKSAAN FIZIKAL / PHYSICAL EXAMINATION**  
**(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar di USM)**  
**(To be completed by a registered USM medical practitioner)**

BASIC MEASUREMENT			
Tinggi / <i>Height</i> :	m	Tekanan Darah/ <i>Blood Pressure</i> :	mmHg
Berat / <i>Weight</i> :	kg	Pemeriksaan Nadi / <i>Pulse Rate</i> :	/ min
Indeks Jisim Tubuh / BMI:	kg/m <sup>2</sup>		
Penglihatan / <i>Vision Test</i> :		Penglihatan Warna / <i>Colour Vision Test</i> :	
Unaided : (R) (L)		<input type="checkbox"/> Normal / <i>Normal</i>	
Aided : (R) (L)		<input type="checkbox"/> Tidak Normal / <i>Abnormal</i>	
Juling / <i>Squint</i> :			
<input type="checkbox"/> Ada / <i>Present</i>			
<input type="checkbox"/> Tiada / <i>Absent</i>			

SYSTEM EXAMINATION			
ITEM	NORMAL	ABNORMAL	COMMENT
a. EARS			
b. NOSE			
c. ORAL CAVITY / THROAT			
d. NECK			

e. HEART			
f. LUNGS			
g. ABDOMEN / HERNIAL ORIFICES			
h. MENTAL CONDITION			
j. MUSCULOSKELETAL SYSTEM			

**E. UJIAN MAKMAL / LAB TESTS**  
**(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar di USM)**  
*(To be completed by a registered USM medical practitioner)*

URINE TEST (Please attach all the original lab report)		
ITEM	DATE TAKEN	RESULT
a. ALBUMIN		
b. SUGAR		
c. MICROSCOPIC		
d. MORPHINE		
e. CANNABIS		
f. AMPHETAMINES TYPE STIMULANT		

BLOOD TEST (Please attach all the original lab report)		
ITEM	DATE TAKEN	RESULT
a. HEPATITIS Bs ANTIGEN**		
b. HEPATITIS C**		
c. HIV**		
d. VDRL / TPHA		
e. MALARIAL PARASITE		

\* untuk pelantikan bukan warganegara sahaja / for appointment of non citizens only.

\*\* untuk pelantikan staf di dalam perkhidmatan Skim U.

CHEST X-RAY INFORMATION		
CHEST X-RAY NO.		
DATE TAKEN		
PLACE TAKEN		
REPORT		

**F. UJIAN-UJIAN LAIN (OTHER RELEVANT TESTS)**  
**(Sekiranya difikirkan perlu oleh pengamal perubatan berdaftar)**  
*(If decided necessary by the certified medical practitioner)*

Sila lampirkan laporan ujian berkenaan bersama-sama Borang Pemeriksaan Perubatan ini.  
*Please attach the test report with this Medical Examination Form.*

**G. PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN USM/ VERIFICATION/ CERTIFICATION BY USM  
MEDICAL PRACTITIONER**  
**(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar di USM)**  
*(To be completed by a registered USM medical practitioner)*

*Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa (I hereby certify that I have examined)*

\_\_\_\_\_ No. Kad Pengenalan (*Identification Number*)

\_\_\_\_\_ pada (*on*) \_\_\_\_\_ dan mendapati

*(and found that) :*

Tidak menghadapi masalah kesihatan dan disahkan sihat untuk berkhidmat  
*Does not have any health issues and certified fit for employment*

Menghadapi masalah kesihatan tetapi boleh/tidak boleh dipertimbangkan untuk dilantik.  
*Has some health issues but may/may not be considered for employment.*

*(Nama Penyakit / Name of disease/illness : \_\_\_\_\_ )*



Tahap Penyakit / *Disease/Illness stage* :

<input type="checkbox"/>	Ringan (Mild)
<input type="checkbox"/>	Sederhana (Moderate)

<input type="checkbox"/>	Menghadapi masalah kesihatan yang tidak terkawal ( <i>severe</i> ) dan tidak disokong untuk dilantik <i>Has severe health issues and unfit for employment</i> (Nama Penyakit / <i>Name of disease/illness</i> : _____)
--------------------------	--

<input type="checkbox"/>	Positif Dadah / <i>Positive for Drugs</i>
--------------------------	---

Tandatangan  
*Signature* : \_\_\_\_\_

Nama  
*Name* : \_\_\_\_\_

No. Kad  
Pengenalan/  
*Identification/*  
*Passport*  
*Number* : \_\_\_\_\_

Jawatan  
*Position* : \_\_\_\_\_

No. Pendaftaran MMC  
*MMC Registration*  
*Number* : \_\_\_\_\_

Tarikh  
*Date* : \_\_\_\_\_

Cop Rasmi  
*Official Stamp* : \_\_\_\_\_