

Unit Kesihatan Pekerjaan & Alam Sekitar  
Bahagian kesihatan Awam  
Jabatan Kesihatan Negeri Johor

# **GARIS PANDUAN IMPLIMENTASI PROGRAM SURVELAN PERUBATAN KEPADA ANGGOTA KAWALAN VEKTOR DI PERINGKAT DAERAH**



Unit Kesihatan Pekerjaan  
Bahagian Kawalan Penyakit  
Kementerian Kesihatan Malaysia



**GARIS PANDUAN IMPLIMENTASI  
PROGRAM SURVELAN PERUBATAN  
KEPADA ANGGOTA KAWALAN VEKTOR DI PERINGKAT DAERAH**

**KANDUNGAN:**

**Mukasurat**

1.	Pendahuluan	2
2.	Kumpulan sasaran Program Survelan Perubatan	3
3.	Objektif Program Survelan Perubatan kepada Anggota Kawalan Vektor	3
4.	Aktiviti-aktiviti yang perlu dijalankan	4
5.	Proses Kerja	5
6.	Keperluan-keperluan bagi Program Survelan Perubatan Peringkat Pejabat Kesihatan Daerah	6

Unit Kesihatan Pekerjaan & Alam Sekitar  
Bahagian kesihatan Awam  
Jabatan Kesihatan Negeri Johor

24/9/18.

## 1. PENDAHULUAN

Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) sebagai majikan mempunyai tanggungjawab terhadap pekerja mereka sebagaimana dalam Akta Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan 1994 (Bahagian IV) yang menyatakan adalah menjadi tanggungjawab majikan memastikan keselamatan, kesihatan dan kebajikan semasa bekerja untuk semua pekerja mereka. Antara tanggungjawab yang perlu dilaksanakan termasuklah :

- Menyediakan dan memastikan tempat kerja dan sistem kerja yang selamat dan tanpa risiko kepada kesihatan.
- Menjamin tindakan risiko kepada kesihatan berkaitan dengan penggunaan, pengendalian dan penyimpanan bahan.
- Mengadakan maklumat, arahan, latihan dan penyeliaan untuk memastikan keselamatan dan kesihatan pekerja yang sedang bekerja.
- Memastikan persekitaran pekerjaan yang selamat dan sihat.

Anggota Kawalan Vektor adalah antara kumpulan pekerja yang berisiko tinggi kerana mereka terdedah kepada pelbagai jenis hazard antaranya hazard kimia, fizikal, ergonomik dan lain-lain. Maka adalah perlu bagi mereka untuk menjalani surveilan perubatan bukan sahaja untuk mematuhi kehendak perundangan tetapi juga bagi tujuan pengesanan awal dan rawatan selanjutnya terhadap masalah-masalah kesihatan dan keselamatan yang timbul daripada pekerjaan.

Buku ini adalah sebagai panduan kepada Pegawai Kesihatan Daerah untuk memastikan keselamatan dan kesihatan anggota kawalan vektor dijaga dan terjamin sepanjang dan selepas perkhidmatan selain daripada aktiviti-aktiviti promosi kesihatan pekerjaan yang telah dan sedang dilaksanakan. Program Survelan Perubatan ini juga membolehkan Jawatankuasa Keselamatan dan Kesihatan Pekerja (JKKP) menambahkan aktiviti mereka dengan membincangkan mengenai program tersebut seterusnya memantau perjalanan dan kebersanannya secara berterusan.

## 2. KUMPULAN SASARAN PROGRAM SURVELAN PERUBATAN

Pasukan Semburan Kabus terdiri daripada :

- Pemandu
- Pembantu Rendah Am (PRA) (Penyembur)
- Pembantu Kesihatan Am (PKA) (Operator ULV)
- Penolong Pegawai Kesihatan Persekitaran (PPKP)
- Ahli Kaji Serangga

## 3. OBJEKTIF PROGRAM SURVELAN PERUBATAN KEPADA ANGGOTA KAWALAN VEKTOR

- 3.1 Untuk memastikan kehendak perundangan dari aspek kesihatan dan keselamatan pekerjaan dipatuhi
- 3.2 Untuk melakukan pengesanan awal dan rawatan selanjutnya terhadap masalah-masalah kesihatan dan keselamatan yang timbul daripada pekerjaan kepada anggota-anggota, seperti :-
  - ▶ Ujian darah: Serum Cholinesterase untuk mengenalpasti tahap keracunan racun perosak (*Pesticide*) dalam tubuh
  - ▶ Ujian pendengaran (Audiometri): Untuk mengenalpasti tahap pendengaran anggota kawalan vektor
  - ▶ Ujian fungsi paru-paru (Spirometri): Untuk mengenalpasti tahap fungsi sebenar paru-paru bagi sistem pernafasan
- 3.3 Untuk memberi pendidikan berkenaan keselamatan dan kesihatan pekerjaan kepada anggota-anggota
- 3.4 Untuk memastikan tahap kesihatan dan keselamatan pekerja terjamin melalui pengurusan di tempat kerja dan amalan kerja selamat

4. **AKTIVITI-AKTIVITI YANG PERLU DI JALANKAN**
- 4.1 Pemilihan dan penyenaraian nama
- 4.2 Lawatan pemeriksaan
  - **Pemeriksaan asas:**
    - i. Pertama di Klinik Kesihatan
    - ii. Rujukan di Klinik Kesihatan Pekerjaan
  - **Pemeriksaan berkala**
    - i. Susulan di Klinik Kesihatan
    - ii. Susulan di Klinik Kesihatan Pekerjaan
- 4.3 Pemantauan dan pengurusan data
- 4.4 Modifikasi bidang tugas (*Work Modification/ Accomodation*)

## 5. PROSES KERJA

### 5.1. Pemilihan dan penyenaaraian nama

Proses kerja	Pelaksana
Kenalpasti anggota yang perlu menjalani surveilan perubatan	PPKP Vektor Daerah
Sediakan senarai nama anggota yang telah dikenalpasti*	PPKP Vektor Daerah
Kemukakan senarai dan surat arahan untuk anggota menjalani pemeriksaan	PPKP Vektor Daerah
Tandatangan surat arahan	Pegawai Kesihatan Daerah
Kenalpasti Klinik Kesihatan yang akan melaksanakan pemeriksaan	Pegawai Kesihatan Daerah dan Pegawai Kesihatan Pekerjaan dan Alam Sekitar Negeri
Atur temu janji di Klinik Kesihatan tersebut	PPKP Unit Kesihatan Pekerjaan dan Alam Sekitar (KPAS) Daerah dan Pegawai Perubatan dan Kesihatan yang menjaga
Maklumkan kepada anggota terlibat tarikh temu janji	PPKP Unit KPAS Daerah
Serah Buku Survelan Perubatan Anggota Kawalan Vektor	PPKP Unit KPAS Daerah
Isi maklumat seperti arahan di dalam buku	Anggota Kawalan Vektor terlibat

\*Nota: Anggota Kawalan Vektor Negeri perlu menjalani pemeriksaan di daerah berdekatan (contoh Anggota Kawalan Vektor Negeri Sembilan perlu menjalani pemeriksaan di daerah Seremban)

## 5.2. Lawatan Pemeriksaan

### 5.2.1. Pemeriksaan Asas

#### 5.2.1.(i) Pemeriksaan Pertama di Klinik Kesihatan

Proses Kerja	Pelaksana
Daftar di kaunter pendaftaran	Anggota Kawalan Vektor dan anggota Klinik Kesihatan terlibat
Berjumpa Pegawai Perubatan & Kesihatan	Anggota Kawalan Vektor dan Pegawai Perubatan & Kesihatan
<ul style="list-style-type: none"><li>- Ambil riwayat</li><li>- Jalankan pemeriksaan fizikal</li><li>- Pesan ujian makmal yang berkenaan</li><li>- Rawat dan rujuk jika perlu</li></ul>	Pegawai Perubatan & Kesihatan (Di klinik yang telah ditetapkan untuk melaksanakan program surveilan perubatan ini)
Jalani ujian makmal dan ujian - ujian lain yang berkaitan di Klinik Kesihatan	Anggota Kawalan Vektor dan anggota Klinik Kesihatan terlibat
Dapatkan tarikh temujanji di Klinik Kesihatan Pekerjaan untuk ujian spesifik (contoh: audiometri, spirometri)** i. selepas semua keputusan ujian lain diperolehi (contoh: ujian darah) [lebihkurang dalam jangkawaktu 2 minggu] ii. pada hari Doktor / Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan bertugas	Anggota Klinik Kesihatan terlibat dan anggota Klinik Kesihatan Pekerjaan
Selesai (Tentukan buku surveilan dibawa pulang bersama dengan pekerja)	Anggota Kawalan Vektor

**\*\*** Jika tidak terdapat Klinik Kesihatan Pekerjaan yang berdekatan:

- Anggota perlu dirujuk ke hospital berdekatan untuk menjalani ujian berkaitan
- Orang Kompeten yang menjalankan ujian perlu menyerahkan hasil keputusan ujian kepada anggota
- Anggota tersebut perlu kembali ke Klinik Kesihatan untuk menyerahkan hasil keputusan ujian kepada Pegawai Perubatan dan Kesihatan Klinik Kesihatan untuk meneruskan proses surveilan perubatan
- Pegawai Perubatan dan Kesihatan Klinik Kesihatan berkenaan perlu memaklumkan hasil keputusan ujian tersebut (melalui talian telefon, faks atau hantar terus) kepada Pegawai KPAS Negeri atau Doktor / Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan dan mendapat maklumbalas daripada hasil keputusan ujian tersebut
- Pegawai KPAS Negeri atau Doktor / Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan perlu menyemak hasil keputusan ujian dan memberi pendapat dan pandangan mengenai status anggota terlibat

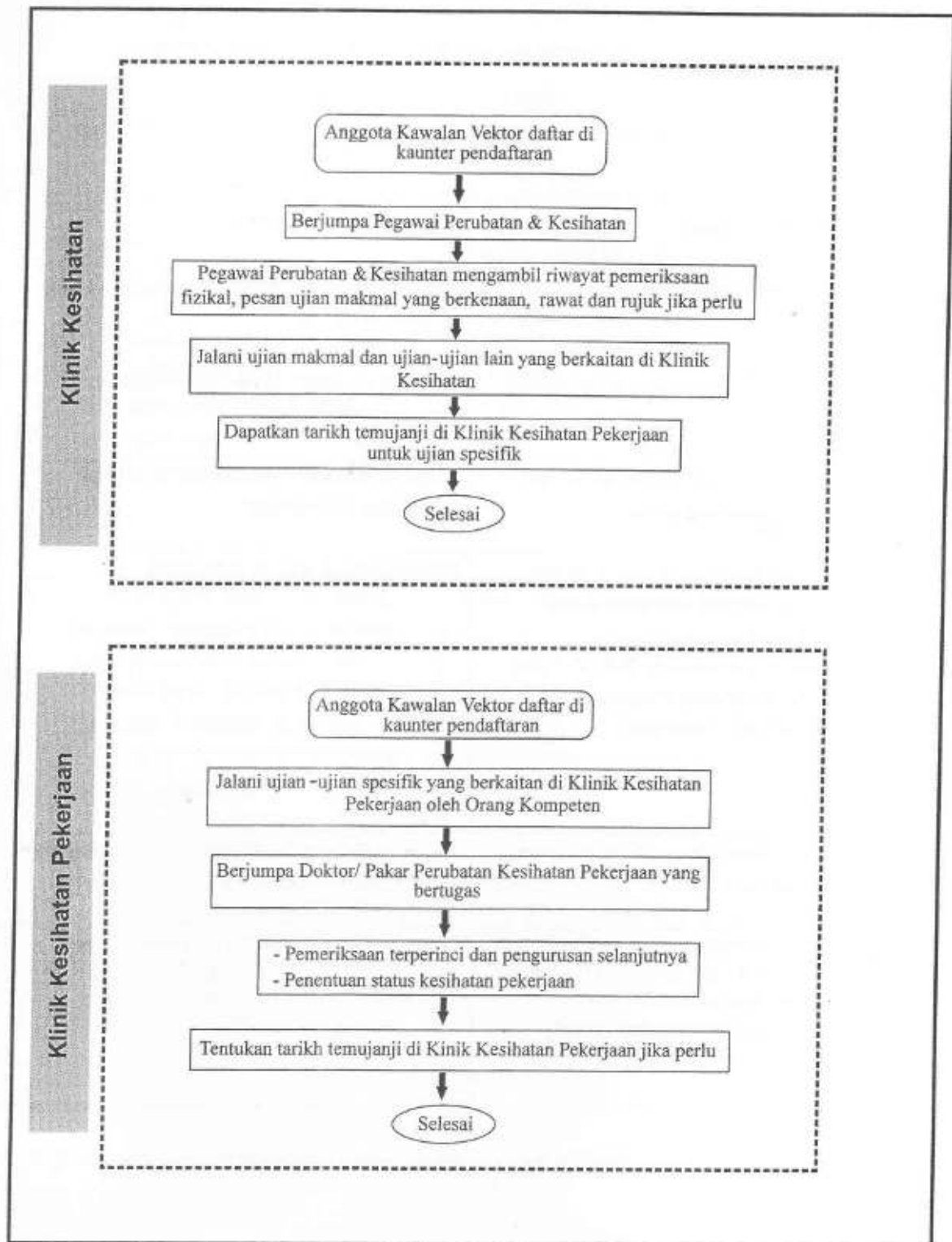


5.2.1.(ii) Pemeriksaan Rujukan di Klinik Kesihatan Pekerjaan

Proses Kerja	Pelaksana
Daftar di kaunter pendaftaran	Anggota Kawalan Vektor dan anggota Klinik Kesihatan Pekerjaan terlibat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jalankan ujian-ujian spesifik (contoh: audiometri, spirometri) kepada Anggota Kawalan Vektor</li> <li>- Semak hasil keputusan ujian dan maklumkan kepada anggota terlibat</li> </ul>	Orang Kompeten (Pembantu Perubatan atau Jururawat terlatih)
Berjumpa Doktor/ Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan	Anggota Kawalan Vektor dan Doktor/ Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jalankan pemeriksaan perubatan terperinci kepada anggota terlibat untuk pengurusan selanjutnya</li> <li>- Penentuan status kesihatan pekerjaan anggota terlibat</li> </ul>	Doktor/ Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan
Tentukan tarikh temujanji di Klinik Kesihatan Pekerjaan jika perlu	Doktor/ Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan dan anggota Klinik Kesihatan Pekerjaan terlibat
Selesai (Tentukan buku survelan dibawa pulang bersama untuk diserahkan kepada PPKP Unit KPAS)	Anggota Kawalan Vektor dan PPKP Unit KPAS

\*\*\* Sila rujuk Carta-alir proses pemeriksaan (Pemeriksaan Asas)

\*\*\* Carta-alir proses pemeriksaan (Pemeriksaan Asas)



## 5.2.2. Pemeriksaan Berkala

### 5.2.2.(i) Susulan di Klinik Kesihatan

(Bagi kes yang TIDAK memerlukan ujian spesifik di Klinik Kesihatan Pekerjaan)

Proses Kerja	Pelaksana
Tentukan tarikh temujanji	Anggota Kawalan Vektor
Daftar di kaunter pendaftaran	Anggota Kawalan Vektor dan anggota Klinik Kesihatan terlibat
Berjumpa Pegawai Perubatan & Kesihatan	Anggota Kawalan Vektor dan Pegawai Perubatan & Kesihatan
Pesan dan lakukan ujian makmal dan ujian -ujian lain yang perlu	Anggota Kawalan Vektor dan Pegawai Perubatan & Kesihatan
<ul style="list-style-type: none"><li>- Semak hasil keputusan ujian dan maklumkan kepada anggota terlibat</li><li>- Jika hasil keputusan ujian - abnormal*, rujuk kepada Doktor/ Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan di Klinik Kesihatan Pekerjaan</li></ul>	Pegawai Perubatan & Kesihatan
Jika hasil keputusan ujian normal <sup>#</sup> , proses pemeriksaan selesai	Pegawai Perubatan & Kesihatan dan anggota Klinik Kesihatan terlibat
Tentukan tarikh temujanji di Klinik Kesihatan Pekerjaan jika perlu dan selesai ( <b>Tentukan buku surveilan dibawa pulang untuk diserahkan kepada PPKP Unit KPAS</b> )	Anggota Kawalan Vektor dan PPKP Unit KPAS

#Siia rujuk Carta-alir proses pemeriksaan (Pemeriksaan Berkala)

### 5.2.2.(ii) Susulan di Klinik Kesihatan Pekerjaan

(Bagi kes yang MEMERLUKAN ujian spesifik di Klinik Kesihatan Pekerjaan)

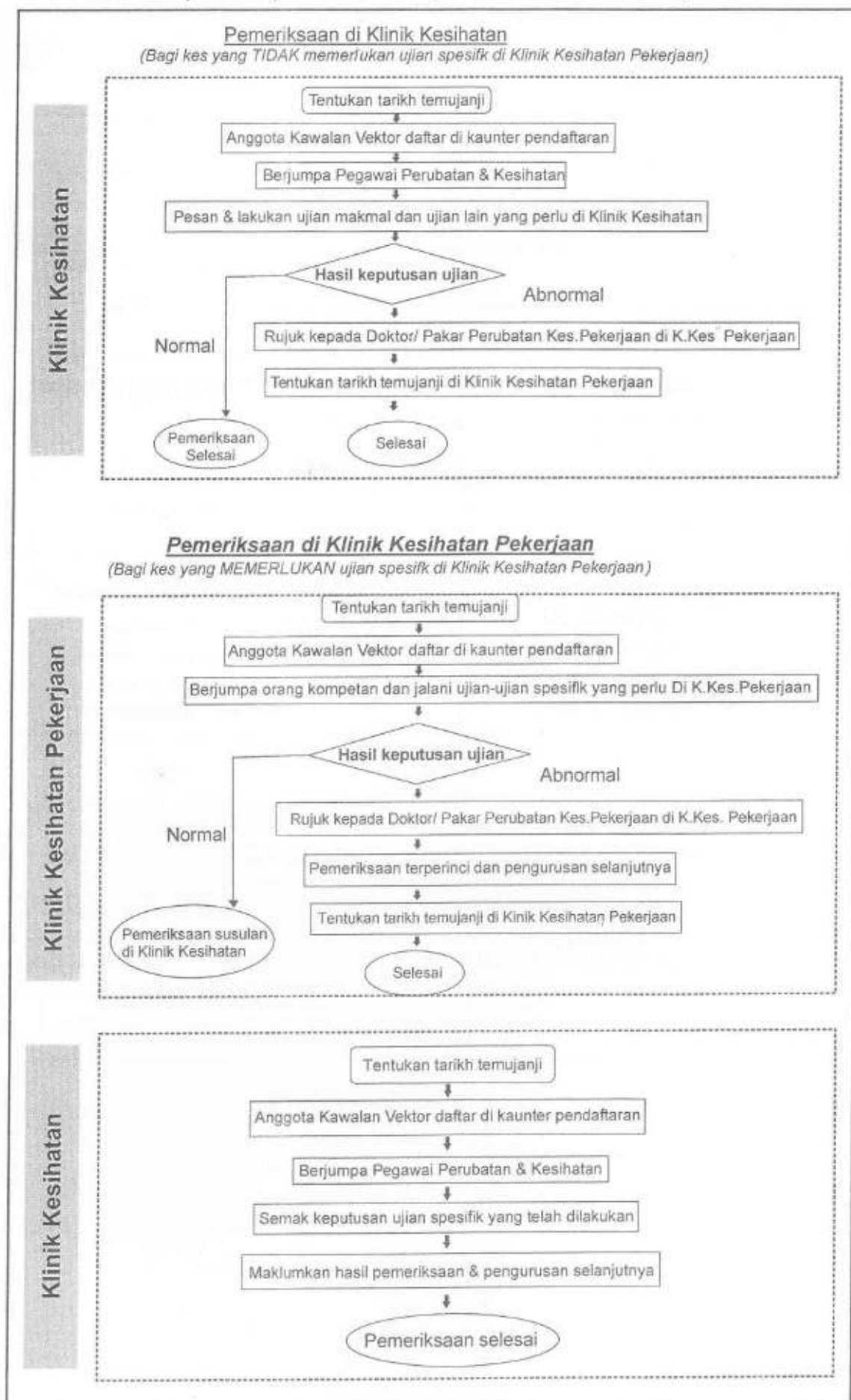
Proses Kerja	Pelaksana
Tentukan tarikh temujanji	Anggota Kawalan Vektor
Daftar di kaunter pendaftaran	Anggota Kawalan Vektor dan anggota Klinik Kesihatan Pekerjaan terlibat
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jalankan ujian-ujian spesifik (contoh: audiometri, spirometri) yang perlu</li> <li>- Jika hasil keputusan ujian spesifik abnormal*, rujuk kepada Doktor/ Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan yang bertugas</li> </ul>	Orang Kompeten (Pembantu Perubatan atau Jururawat terlatih) dan Doktor/ Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Jalankan pemeriksaan perubatan terperinci kepada anggota terlibat untuk pengurusan selanjutnya</li> <li>- Tentukan tarikh temujanji di Klinik Kesihatan Pekerjaan jika perlu</li> </ul>	Doktor/ Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan

#### Klinik Kesihatan

Jika hasil keputusan ujian spesifik normal*, tentukan tarikh temujanji di Klinik Kesihatan untuk melengkapkan proses pemeriksaan dan selesai <b>(Tentukan buku survelan dibawa pulang untuk diserahkan kepada PPKP Unit KPAS)</b>	Anggota Kawalan Vektor, Pegawai Perubatan & Kesihatan di Klinik Kesihatan dan PPKP Unit KPAS
--	--

#SiIa rujuk Carta-alir proses pemeriksaan (Pemeriksaan Berkala)

## # Carta-alir proses pemeriksaan (Pemeriksaan Berkala)



Garis panduan implimentasi Program Survelan Perubatan bagi anggota-anggota Kawalan Vektor. KKM

### 5.3. Pemantauan dan pengurusan data

Proses Kerja	Pelaksana
<p><i>Sediakan Daftar ( registry) surveilan perubatan Anggota Kawalan Vektor Daerah:</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Nama</li> <li>- Jantina</li> <li>- Umur / tarikh lahir</li> <li>- Tarikh pemeriksaan dilakukan</li> <li>- Jawatan (dan bidang kerja)</li> <li>- Pasukan</li> <li>- Status dan hasil surveilan perubatan (yang releven)</li> <li>- Diagnosis</li> </ul>	<i>PPKP Unit KPAS / Vektor Daerah</i>
<p>Kumpul data secara bulanan (reten) pada peringkat daerah:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>i. Bilangan Anggota Kawalan Vektor yang perlu menjalani surveilan perubatan</li> <li>ii. Bilangan Anggota Kawalan Vektor yang telah menjalani surveilan perubatan mengikut jawatan</li> <li>iii. Bilangan Anggota Kawalan Vektor yang tidak menghadiri pemeriksaan</li> <li>iv. Bilangan Anggota Kawalan Vektor yang mempunyai keputusan pemeriksaan abnormal mengikut diagnosis (<i>work-related dan nonwork-related</i>)</li> <li>v. Bilangan Anggota Kawalan Vektor yang dirujuk kepada Klinik Kesihatan Pekerjaan dan klinik-klinik pakar lain</li> </ol>	<i>PPKP Unit KPAS / Vektor Daerah</i>
<i>Hantar reten bulanan kepada Unit Kesihatan Pekerjaan dan Alam Sekitar Negeri</i>	<i>Pegawai Kesihatan Daerah</i>
<i>Hantar salinan reten bulanan kepada Unit Vektor Negeri</i>	<i>Pegawai KPAS Negeri</i>

#### 5.4. Modifikasi bidang tugas (*Work Modification/Accommodation*)

Proses Kerja	Pelaksana
Terima keputusan surveilan perubatan dan cadangan daripada Doktor / Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan	Pegawai Kesihatan Daerah
Berbincang dengan PPKP Kanan Daerah (Penyelia) bersama dengan Anggota Kawalan Vektor terlibat, mengenai kesesuaian tugas yang baru	Pegawai Kesihatan Daerah
Hantar surat pemberitahuan kepada Anggota Kawalan Vektor terlibat dan Penyelia	Pegawai Kesihatan Daerah
Semak semula modifikasi bidang tugas mengikut keperluan	Pegawai Kesihatan Daerah bersama Doktor / Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan

**6. KEPERLUAN-KEPERLUAN BAGI PROGRAM SURVELAN PERUBATAN  
DI PERINGKAT PEJABAT KESIHATAN DAERAH**

Keperluan	Huraian
i. Kewangan	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Ujian makmal</li> <li>■ Latihan anggota</li> <li>■ Bahan pendidikan kesihatan</li> </ul>
ii. Latihan Anggota kesihatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ M&amp;HO               <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengenai asas kesihatan <i>pekerjaan dan diagnosis</i> penyakit pekerjaan</li> <li>- pengendalian program surveilan perubatan bagi Anggota Kawalan Vektor</li> </ul> </li> <li>■ Anggota Kawalan Vektor               <ul style="list-style-type: none"> <li>- mengenai asas keselamatan dan kesihatan pekerjaan</li> <li>- penggunaan kelengkapan atau pakaian perlindungan peribadi (PPE) yang betul</li> <li>- taklimat program surveilan perubatan</li> </ul> </li> </ul>
iii. Klinik Kesihatan	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Mengenalpasti <b>anggota kesihatan</b> yang terlibat dalam program surveilan perubatan</li> <li>■ <b>Keperluan makmal</b> untuk ujian yang ditetapkan dalam program</li> <li>■ Taklimat kepada anggota kesihatan yang terlibat dalam mengendalikan program</li> <li>■ Menyediakan <b>jadual</b> bagi pemeriksaan surveilan perubatan</li> <li>■ Mengenalpasti <b>lokasi</b> bagi menjalankan pemeriksaan surveilan perubatan</li> <li>■ Menyediakan <b>peralatan</b> bagi tujuan pemeriksaan surveilan perubatan</li> <li>■ Mengenalpasti <b>Makmal Kesihatan Awam</b> yang berhampiran bagi menjalani ujian Serum Cholinesterase dan anggota kesihatan yang</li> </ul>



Keperluan	Huraian
	<p style="text-align: center;"><i>terlibat</i></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>■ <b>Menyediakan senarai nama dan nombor telefon:</b> <ul style="list-style-type: none"> <li>o Doktor dan Pakar-pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan</li> <li>o Klinik-klinik Kesihatan Pekerjaan yang terlibat</li> <li>o Anggota kesihatan pekerjaan lain yang terlibat</li> <li>o Pegawai KPAS Negeri</li> <li>o Pegawai Vektor Negeri</li> <li>o Pegawai Kesihatan Daerah</li> <li>o Juruteknologi Makmal Kesihatan Awam yang terlibat</li> </ul> </li> </ul>
<p><i>iv. Rekod</i></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>■ Rekod buku <b>daftar(registry)</b> anggota bagi Program Survelan Perubatan perlu disimpan di Pejabat Kesihatan Daerah, ditempat yang selamat dan mudah untuk disemak</li> <li>■ <b>Buku survelan perubatan</b> anggota perlu dibawa bersama sekiranya anggota bertukar tempat kerja (dibawa bersama <i>service book</i>)</li> </ul> <p>Senarai nama Anggota Kawalan Vektor yang dikenalpasti bagi program survelan perubatan, dikemaskini setiap tahun dan setiap kali pengambilan anggota baru / pertukaran</p> <p>Format <b>reten bulanan</b> perlu disimpan dibawah tanggungjawab PPKP Unit KPAS</p>

#### NOTA

1. Buku rekod survelan perubatan, buku daftar anggota, format reten bulanan disediakan oleh Unit Kesihatan Pekerjaan, Kementerian Kesihatan Malaysia
2. Buku rekod survelan perubatan akan disediakan dalam 2 bentuk:
  - i. Lebih terperinci disimpan di Unit KPAS/Vektor Daerah
  - ii. Lebih ringkas disimpan oleh anggota vektor berkenaan (mengandungi informasi penting sahaja) (Seperti di lampiran)

**BUKU SURVELAN PERUBATAN MINI**  
(UNTUK DISIMPAN OLEH ANGGOTA KAWALAN VEKTOR)

**Nama Anggota:** \_\_\_\_\_

**No. kad pengenalan:** \_\_\_\_\_

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

**Pasukan:** \_\_\_\_\_

**Daerah / Negeri:** \_\_\_\_\_

**Alamat rumah:** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Nombor H/p:** \_\_\_\_\_

Untuk diisi oleh Pegawai Perubatan dan Kesihatan atau Doktor / Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan yang menjalankan surveilan perubatan  
 (\*Sila nyatakan keputusan normal/abnormal dan lain-lain yang signifikan)

Bahagian A					
Survelan Perubatan	Pertama(1)	Kedua (2)	Ketiga (3)	Keempat (4)	Kelima (5)
Bidang tugas					
Jangkamasa perkhidmatan					
Bahagian B					
Survelan Perubatan	Pertama(1)	Kedua(2)	Ketiga (3)	Keempat (4)	Kelima (5)
Pendedahan hazad kimia					
Pendedahan hazad bunyi					
Pendedahan hazad ergonomik					
Ulasan Pegawai Perubatan & Kesihatan (M&HO) atau Doktor/Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan (OHD/OHP)					
Bahagian C					
Survelan Perubatan	Pertama(1)	Kedua (2)	Ketiga (3)	Keempat (4)	Kelima (5)
Tekanan Darah /BP					
Hemoglobin					
Serum Cholinesterase					
RBC Cholinesterase					
Liver Function Test					

Renal Function Test					
UFEME					
Chest X-ray					
Ujian lain					
Ujian spesifik- Ujian tahap pendengaran (Audiometri)					
Ujian spesifik Ujian fungsi paru paru (Spirometri)					
Ulasan Pegawai Perubatan & Kesihatan (M&HO) atau Doktor/Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan (OHD/OHP)					
<b>Bahagian D</b>					
Survelan Perubatan	Pertama(1)	Kedua(2)	Ketiga(3)	Keempat(4)	Kelima(5)
Pengurusan klinikal					
Pengurusan tempat kerja					
Ulasan Pegawai Perubatan & Kesihatan (M&HO) atau Doktor/Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan (OHD/OHP)					

## **Langkah-langkah Keselamatan & Kesihatan Pekerjaan bagi Anggota Kawalan Vektor**

1. Sentiasa pastikan anda mematuhi cara kerja yang betul dan selamat (*Safe Operating Procedure*)
2. Gunakan kelengkapan atau pakaian perlindungan peribadi (*PPE*) yang sesuai dengan betul:
  - Sarung tangan getah
  - Topeng muka / Alat respirator
  - Goggle (Pelindung mata)
  - Baju berlengan panjang / Coverall (Pakaian khas)
  - Kasut but
3. Kendalikan bahan kimia / racun perosak dengan berhati-hati dan tumpukan perhatian untuk mengelakkan dari tertumpah atau terpercik ke bahagian bahagian badan. .
4. Jangan merokok, makan atau minum semasa bertugas
5. Pastikan anda membasuh tangan, mandi dan mencuci pakaian selepas aktiviti melibatkan bahan kimia / racun perosak
6. Laporkan segera kepada penyelia anda jika anda mengalami masalah kesihatan dan keselamatan yang timbul daripada pekerjaan
7. Pastikan anda sihat dan berada dalam keadaan yang baik semasa bertugas



REKOD SURVELANS PERUBATAN

**ANGGOTA-ANGGOTA KAWALAN  
PENYAKIT BAWAAN VEKTOR**

Nama Anggota.: \_\_\_\_\_

No. KP.: \_\_\_\_\_



Unit Kesihatan Pekerjaan Bahagian  
Kawalan Penyakit Kementerian  
Kesihatan Malaysia





Data Asas

1. Soal Selidik Kesihatan
2. Rekod Pendedahan
3. Pemeriksaan Perubatan
4. Pemeriksaan Pakar Perubatan Kesihatan Pekerjaan



Unit Kesihatan Pekerjaan Bahagian  
Kawalan Penyakit Kementerian  
Kesihatan Malaysia



## Bahagian 1: Soal Selidik Kesihatan

Untuk diisi oleh pekerja sendiri

*Semua maklumat yang dicatat adalah rahsia dan menjadi sebahagian daripada rekod kesihatan pekerjaan anda*

**Peringatan:** Setelah diisi, bahagian ini perlu diserahkan kepada pegawai perubatan yang memeriksa. Sila bekerjasama dalam memberi jawapan yang betul dan lengkap

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

A. MAKLUMAT PEKERJA			
Nama:		Jantina: <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> P	T/Lahir:
Bangsa:		<input type="checkbox"/> Melayu <input type="checkbox"/> Cina <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Peribumi Sabah/Sarawak <input type="checkbox"/> Lain-lain	Umur:
Status Perkahwinan:		<input type="checkbox"/> Bujang <input type="checkbox"/> Kahwin <input type="checkbox"/> Duda <input type="checkbox"/> Janda/Balu	Bil. Anak:
No. Kad Pengenalan			
Tahap Pendidikan:			
Alamat Rumah:		No. Telefon:	
		No. T/bimbit:	
Alamat Tempat Kerja:		No. Telefon:	
B. LATAR BELAKANG PEKERJAAN			
1. Pekerja Semasa			
Jawatan:	<input type="checkbox"/> Pekerja Rendah Am <input type="checkbox"/> Pemandu <input type="checkbox"/> Pembantu Kesihatan Awam <input type="checkbox"/> Penolong Pegawai Kesihatan Persekitaran <input type="checkbox"/> Lain-lain: _____	Tarikh Mula Jawatan ini:	
Tempat kerja:		Tahun	
		Dari	Hingga
Proses kerja: (Tandakan lebih dari satu jika melakukan pelbagai tugasan)	<input type="checkbox"/> Pembancuhan racun		
	<input type="checkbox"/> Penyemburan		
	<input type="checkbox"/> Pengasapan		
	<input type="checkbox"/> ULV		
	<input type="checkbox"/> Pencelupan kelambu Berubat		
	<input type="checkbox"/> Semburan pembunuhan larva ( <i>larviciding</i> )		
	<input type="checkbox"/> Pembersihan parit		
	<input type="checkbox"/> Pemetongan rumput		
	<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Aedes		
	<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Slaid		
	<input type="checkbox"/> Memasukkan data ke komputer		
	<input type="checkbox"/> Penyelenggaraan stor		
	<input type="checkbox"/> Penyelia		
<input type="checkbox"/> Lain-lain:			



2. PEKERJAAN SAMBILAN SEMASA (nyatakan semua pekerjaan sambilan yang dilakukan bermula dengan kerja yang terkini/terakhir dilakukan)				
Pekerjaan	Alamat Tempat Kerja	* Proses Kerja	Tahun	
			Dari	Hingga

\* Merujuk kepada tugas/ aktiviti pekerjaan yang dilakukan e.g. pekerjaan sebagai pekebun, proses kerja yang dilakukan meliputi memotong rumput, menyambur racun dll.

3. PEKERJAAN YANG LALU (semua pekerjaan yang pernah dijawat sebelum ini)				
Pekerjaan/ Jawatan	Alamat Tempat Kerja	* Proses Kerja	Tahun	
			Dari	Hingga

\* Merujuk kepada tugas/ aktiviti pekerjaan yang dilakukan

### C. RIWAYAT KESIHATAN DIRI

1. RIWAYAT PENYAKIT (tandakan kotak lebih dan satu jika mengalami lebih dari satu penyakit)					TAHUN DIAGNOSA	RAWATAN
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK		
Hipertensi	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK		
Penyakit Kardiovaskular	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK		
Kanser, organ. _____	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK		
Tuberkulosis, organ. _____	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK		
Penyakit Ginjal	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK		
Penyakit Paru-paru, nyatakan _____	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK		
Penyakit Mental/ Gangguan Psikologi	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK		
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK		
Penyakit Kulit	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK		
Penyakit Telinga	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK		
Lain-lain, nyatakan.	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK		

### 2. RIWAYAT PEMBEDAHAN

TAHUN PEMBEDAHAN	JENIS PEMBEDAHAN	CATATAN (termasuk; masih dalam rawatan ulangan, sebab pembedahan dll)

### 3. RIWAYAT KESIHATAN REPRODUKTIF

Tarikh Akhir Haid <small>(hari/petang/bertamam)</small> _____ <small>(hh/mm)</small>	Tempoh haid _____ hari	Kitaran Regular	<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK		
Jika mengandung, Kandungan ke _____								
Adakah anda mengalami masalah keguguran? Jika Ya, nyatakan _____ kali					<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
Adakah anda sedang menyusu <i>(breastfeeding)</i> ?					<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
Pernahkah anda menjalani ujian <i>Pap Smear</i> ?					<input type="checkbox"/>	YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
Tarikh terakhir <i>pap smear</i> . _____ <small>(hh/mm/tt)</small>								

### D. GAYA HIDUP

<b>1. TEMBAKAU</b>	Adakah anda merokok? <input type="checkbox"/>	Ya _____ batang rokok/sehari	semenjak _____ (tahun)			
	<input type="checkbox"/>	Telah berhenti, semenjak _____ (tahun) jika berhenti kurang dari setahun, dikira masih merokok				
	<input type="checkbox"/>	Tidak pernah				
<b>2. ALKOHOL</b>	Adakah anda minum alkohol? <input type="checkbox"/>			YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
	Kekerapan <input type="checkbox"/>	Kadang-kadang (semasa perayaan, keraian, dll)				
	<input type="checkbox"/>	Kerap				
	<input type="checkbox"/>	Ketagih (mengalami masalah emosi jika tidak mengambil alkohol)				
<b>3. DADAH</b>	Adakah anda mengambil dadah? <input type="checkbox"/>			YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
	Jika ya, nyatakan jenis: _____					
<b>4. ALAHAN</b>	Adakah anda mempunyai sebarang jenis alahan? <input type="checkbox"/>			YA	<input type="checkbox"/>	TIDAK
	Jika ya, nyatakan: _____					
<b>5. HOBI</b>	_____					

### E. PENGAKUAN PEKERJA

Saya, \_\_\_\_\_ dengan ini mengaku bahawa segala maklumat yang diberi di atas adalah benar dan lengkap mengikut pengetahuan saya.

Tandatangan: \_\_\_\_\_

Bahagian 2: Borang **Rekod Dedahan**

Untuk diisi oleh pekerja sendiri

*Semua maklumat yang diisytiharkan adalah rahsia dan merupakan bahagian daripada rekod kesihatan pekerjaan anda*

**Peringatan:** Setelah diisi, bahagian ini perlu diserahkan kepada pegawai perubatan yang memeriksa. Sila bekerjasama dalam memberi jawapan yang betul dan lengkap

**Tarikh:**

**3. RIWAYAT KESIHATAN REPRODUKTIF**

<b>I. PERNAHKAH ANDA MENGALAMI KEADAAN DI BAWAH DALAM 12 JAM SELEPAS MENGENDALI RACUN PESTISID?</b>	<b>Sistem Neurologi</b>				<b>Catatan</b>	
	Keresahan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Pening	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Sakit kepala	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Gangguan tidur	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Kekeliruan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Kemurungan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Sawan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Koma	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	<b>Sistem Respirasi:</b>				<b>Catatan</b>	
	Sesak nafas	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Semput	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	<b>Sistem Gastro Usus:</b>				<b>Catatan</b>	
	Pengeluaran air liur berlebihan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Loya	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Muntah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Sakit perut	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Cirit birit	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	<b>Sistem Penglihatan</b>				<b>Catatan</b>	
	Mata berair	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Kabur penglihatan (miosis)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	<b>Sistem Muskuloskeletal</b>				<b>Catatan</b>	
	Pergerakan otot yang tidak terkawal	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Kekejangan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	<b>Sistem Kardiovaskular</b>				<b>Catatan</b>	
	Jantung berdegup kencang	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	<b>Sistem kulit</b>				<b>Catatan</b>	
	Kulit merah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Gatal	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Ruam	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Radang mukosa (mata, dalam mulut, hidung)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

Amalan kerja (untuk pengendali racun pestisid sahaja)				
<b>1. Penggunaan Alat Pelindung Diri</b>	Alat-alat pelindung diri yang manakah yang anda gunakan semasa mengendalikan racun pestisid?			
	<input type="checkbox"/> Sarung tangan	<input type="checkbox"/> dibekalkan	<input type="checkbox"/> tidak dibekalkan	
	<input type="checkbox"/> Cermin mata/ goggles	<input type="checkbox"/> dibekalkan	<input type="checkbox"/> tidak dibekalkan	
	<input type="checkbox"/> Topeng muka/ mask	<input type="checkbox"/> dibekalkan	<input type="checkbox"/> tidak dibekalkan	
	<input type="checkbox"/> Kasut keselamatan	<input type="checkbox"/> dibekalkan	<input type="checkbox"/> tidak dibekalkan	
	<input type="checkbox"/> Apron/ overall	<input type="checkbox"/> dibekalkan	<input type="checkbox"/> tidak dibekalkan	
	<input type="checkbox"/> Penutup telinga/ ear muft	<input type="checkbox"/> dibekalkan	<input type="checkbox"/> tidak dibekalkan	
<b>2. Penstoran</b>	Adakah anda menyimpan racun pestisid di stor berasingan yang berkunci?			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>3. Pembancuhan</b>	Adakah anda membaca arahan yang dilabel sebelum menggunakan racun perosak?			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Adakah anda menggunakan racun tanpa mematuhi arahan pada label?			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Adakah anda menggunakan alat pelindung diri seperti dibawah semasa membancuh racun? Tandakan:- <input type="checkbox"/> Sarung tangan getah <input type="checkbox"/> Sarung tangan kimia <input type="checkbox"/> Cermin mata / goggles <input type="checkbox"/> Kasut <input type="checkbox"/> Topeng muka <input type="checkbox"/> Apron/ overall			
<b>4. Penyemburan</b>	Adakah anda menyembur racun menentang arah angin?			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Adakah anda merokok atau minum / makan sambil menyembur racun?			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Adakah anda menggunakan alat pelindung diri seperti dibawah semasa menyembur racun? Tandakan:- <input type="checkbox"/> Sarung tangan getah <input type="checkbox"/> Sarung tangan kimia <input type="checkbox"/> Cermin mata / goggles <input type="checkbox"/> Kasut <input type="checkbox"/> Topeng muka <input type="checkbox"/> Apron/ overall			
<b>5. Pembersihan</b>	Adakah anda mandi dan menukar pakaian sebaik sahaja selesai menyembur racun?			<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
<b>6. Pelupusan</b>	Bekas racun yang telah kosong:			
	<input type="checkbox"/> dibuang di kawasan pembuangan sampah <input type="checkbox"/> dikembalikan kepada pembekal untuk dilupuskan			

## B. GEJALA HAZAD BUNYI

<b>1. Adakah anda mengalami gejala berikut?</b>	Kurang pendengaran	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
	Berdengung	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
	Pening	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
	Persekitaran berpusing	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
<b>2. Adakah anda menggunakan ubatan berikut</b>	Kemoterapi (Rawatan Kanser)	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
	Antibiotik	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
	Diuretik	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	
	Ubat Anti-Malaria	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak	

3. Adakah anda terdedah kepada bunyi bising:	Di Rumah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Punca: _____
						Tempoh: _____
	Di Tempat kerja	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Bunyi yang kuat secara tiba-tiba	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Punca: _____ Jarak dari punca: _____
	Pusat Hiburan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
4. Adakah anda mempunyai hobi berikut:	Menembak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Menyelam	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Mendengar musik menggunakan walkman	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Bermain peralatan musik	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Nyatakan, _____

### C. HAZAD ERGONOMIK

1. Adakah anda pada bila-bila masa sepanjang 12 bulan yang lepas mempunyai masalah kesakitan, lenguh atau tidak selesa pada:	Leher	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Pergelangan tangan	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Bahagian belakang Atas	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Bahagian belakang bawah	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Salah satu atau kedua-dua paha/betis	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Salah satu atau kedua-dua lutut	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Salah satu atau kedua-dua tumit/ kaki	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Bahu	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah kanan	<input type="checkbox"/>	Ya, sebelah kiri	<input type="checkbox"/>	Ya, kedua belah
	Siku	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah kanan	<input type="checkbox"/>	Ya, sebelah kiri	<input type="checkbox"/>	Ya, kedua belah
2. Adakah anda rasakan bahawa masalah anda berkaitan dengan pekerjaan? (untuk dijawab oleh mereka yang mempunyai masalah di atas sahaja)	Leher	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Pergelangan tangan	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Bahagian belakang Atas	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Bahagian belakang bawah	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Salah satu atau kedua-dua paha/betis	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Salah satu atau kedua-dua lutut	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Salah satu atau kedua-dua tumit/ kaki	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Bahu	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Siku	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		

### PENGAKUAN PEKERJA

Saya, \_\_\_\_\_ dengan ini mengaku bahawa segala maklumat yang diberi di atas adalah benar dan lengkap mengikut pengetahuan saya.

Tandatangan: \_\_\_\_\_

## Bahagian 3: Pemeriksaan Perubatan

Untuk diisi oleh Pegawai Perubatan yang memeriksa

*Semua maklumat yang dicatat adalah rahsia dan menjadi sebahagian daripada rekod kesihatan pekerjaan calon*

Tarikh

A. MAKLUMAT KLINIK KESIHATAN YANG MENJALANKAN PEMERIKSAAN	
Nama Klinik:	No. Telefon:  No. Faks:
Nama Pegawai yang memeriksa:	No. T/Bimbit: (jika ada)

### B. RIWAYAT PENDEDAHAN KEPADA HAZAD

*Jenis Hazad	Tahun		Jenis Alat Pelindung Diri	*Kekerapan			
	Dari	Hingga		S	K	J	T

\*Merujuk kepada hazard-hazard yang pekerja pernah terdedah kepada pekerjaanterkini, dahulu atau dan pekerjaan sambilan

\*Kekerapan: S = Senfasa memakai; K = Kadang-kadang (kebanyakan masa memakai); J = Jarang (kebanyakan masa tidak memakai); T = Tidak pernah memakai

### C. PEMERIKSAAN FIZIKAL

#### 1. PEMERIKSAAN AM

Tinggi _____ cm	Berat _____ kg	BMI _____	
BP _____ mmHg	PR _____ /min	PR _____ /min	
Visual Acuity	Tanpa kaca mata	Mata kanan: _____ /6	Mata kiri: _____ /6
	Debgan kaca mata (termasuk menggunakan contact lens)	Mata kanan: _____ /6	Mata kiri: _____ /6
Buta Warna:	<input type="checkbox"/> Ya,	<input type="checkbox"/> Tidak	

## 2. PEMERIKSAAN SISTEMIK

No.	Sistem	Hasil Pemeriksaan	
		Normal	Abnormal (catatan)
1.	Mata		
2.	Pupil		
3.	Telinga		
4.	Sistem Respiratori		
5.	Sistem Kardiovaskular		
6.	Abdomen		
7.	*Muskuloskeletal: Anggota Atas ( <i>upper limb</i> )		
	Anggota Bawah ( <i>lower limb</i> )		
	Tulang Belakang ( <i>spine</i> )		
8.	Kulit		
9.	Sistem Saraf dan keadaan mental (termasuk sistem saraf pusat dan sistem saraf periferi)		
10.	Lain-lain		

\*Muskuloskeletal termasuk masalah mampatan saraf (*nerve entrapment*)

## D. PENYIASATAN KLINIKAL

No.	Spesimen	Jenis Penyiasatan	Tarikh	Keputusan
1.	Darah	Hemoglobin		
		Serum Cholinesterase		
		RBC Cholinesterase		
		Ujian Fungsi Ginjal:		
		• Creatinin		
		• BUSE		
		• Asid Uric		

**D. PENYIASATAN KLINIKAL**

No.	Spesimen	Jenis Penyiasatan	Tarikh	Keputusan
		Ujian Fungsi Hepar		
		• Albumin		
		• Globulin		
		• Serum bilirubin		
		• SGOT		
		• SGPT		
2.	Urin	<i>FEME</i>		
3.	X-ray Dada <small>(untuk baseline jika perlu)</small>			

**E. DIAGNOSA**

- Tiada masalah perubatan
- Mempunyai masalah perubatan: \_\_\_\_\_

**F. PENGURUSAN**

**RAWATAN / PENGURUSAN KLINIKAL**

\_\_\_\_\_

**G. KESIMPULAN**

- Rujuk ke Klinik Kesihatan Pekerjaan untuk ujian audiometric, spirometri dan pemeriksaan Pakar pada
- Bagi daerah yang tidak dapat menghantar anggota ini ke Klinik Kesihatan Pekerjaan:
- Rujuk ke Hospital \_\_\_\_\_ untuk ujian audiometric dan spirometri
  - Keputusan Ujian telah dihantar ke pegawai KPAS Negeri pada \_\_\_\_\_
  - Layak meneruskan kerja (selepas perbincangan dengan pegawai KPAS Negeri)

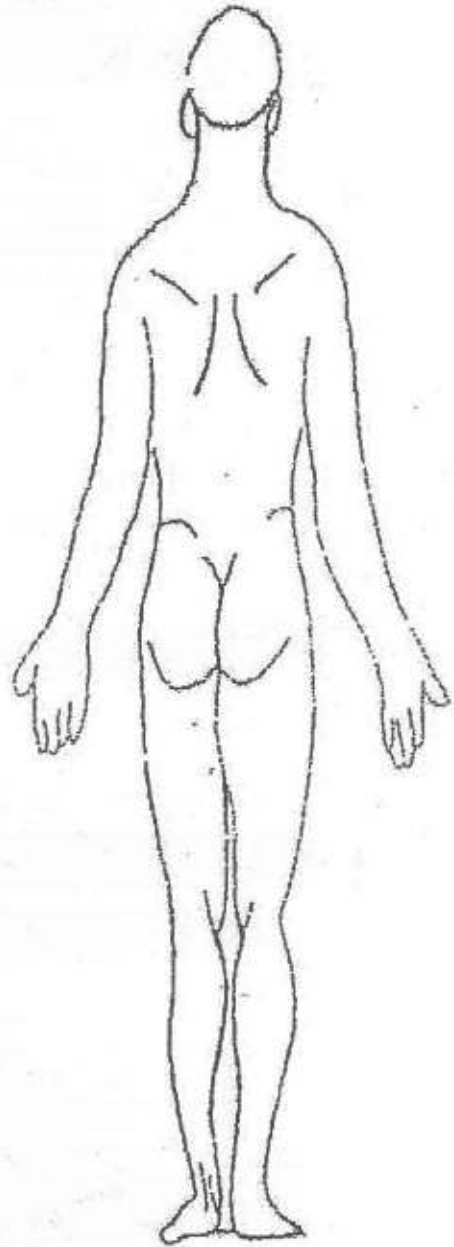
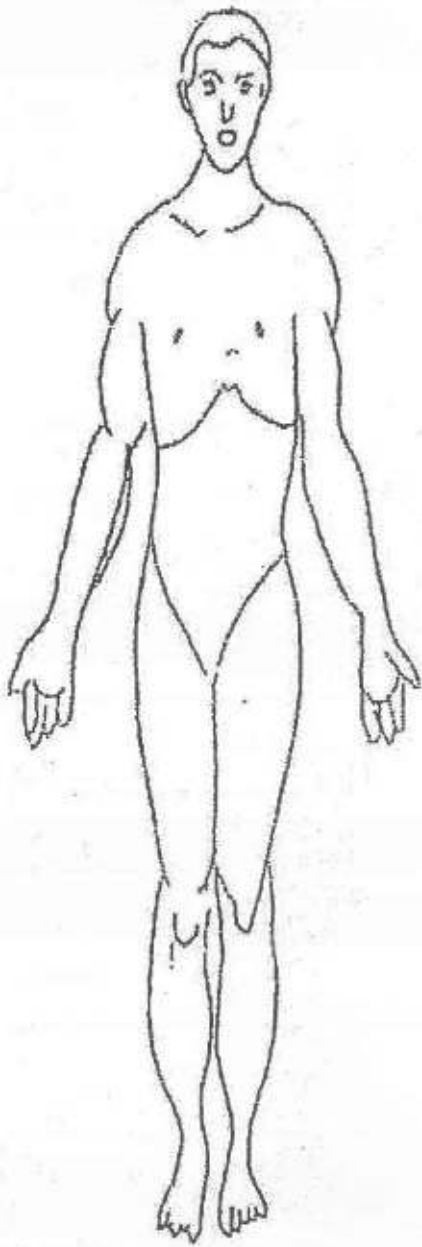
**H. T/T DAN COP RASMI PEGAWAI YANG MEMERIKSA**

\_\_\_\_\_

T/T PEGAWAI YANG MEMERIKSA COP RASMI



C2. Catatan tambahan untuk pemeriksaan fizikal (jika perlu)



## Bahagian 4: Pemeriksaan Pakar Perubatan Kesihatan Pekerja

**Untuk diisi oleh Pakar yang memeriksa**

*Semua maklumat yang dicatat adalah rahsia dan menjadi sebahagian daripada rekod kesihatan pekerja anda*

**Tarikh** \_\_\_\_\_

### A. MAKLUMAT KLINIK KESIHATAN PEKERJAAN YANG MENJALANKAN PEMERIKSAAN

Nama Klinik:	No. Telefon:
	No. Faks:
Nama Pakar yang memeriksa:	No. T/ Bimbit:

### B. RIWAYAT PENDEDAHAN KEPADA HAZAD

*Jenis Hazad	Tahun		Alat Perlindungan Diri	*Kekerapan			
	Dari	Hingga		S	K	J	T

\*Jenis Hazad merujuk kepada hazard-hazard yang pekerja pernah terdedah kepada pekerjaan terkini, dahulu atau dan pekerjaan sambilan

\*Kekerapan: S=Sentiasa memakai; K= Kadang-kadang (kebanyakan masa memakai); J=Jarang (kebanyakan masa tidak memakai) T = Tidak pernah memakai

### C. PENYIASATAN KLINIKAL SPESIFIK

No.	Jenis Penyiasatan	Keputusan
1.	<b>Spirometri:</b>	
	• FEV <sub>1</sub>	
	• FVC	
	• FEV <sub>1</sub> /FVC	

**2. Audiometri**

<b>i. Perihal Ujian</b>	No. Siri Audiometer: _____	Tarikh Kalibrasi: _____ (hh/bb/tt)
	Tidak merokok/ terdedah kepada bunyi bising 14 jam sebelum ujian	
<b>ii. Gejala Spesifik</b>	Hilang Pendengaran	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Telinga berdengung	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Pening	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Vertigo	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Lain-lain;	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak

**iii. Keputusan**

		FREKUENSI (Hz)															
		Kanan						Kiri						Kiri			
		500	1K	2K	3K	4K	6K	8K	500	1K	2K	3K	4K	6K	8K	LEGEND	
Hearing Level in dB (ANSI - 96)	-20															Kanan (MERAH)	Kiri (BIRU)
	-10																
	0															( )	x
	10															△	▽
	20															◁	▷
	30																
	40																
	50																
	60																
	70																
	80																
	90																
	100																
110																	
120																	

Air Unmasked  
Air Masked  
Bone Unmasked  
Bone Masked  
No Response  
Could not test

B = Baseline, A = Annual

**KANAN****KIRI**

Tarikh			
Purata 0.5, 1, 2, 3 KHz			
Purata 2, 3, 4 KHz			


iv. KOMEN		KANAN				KIRI			
1.	Audiogram Normal	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
2.	Hearing Impairment	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
3.	Standart Threshold shift	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
4.	Hight frequency hearing loss	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
5.	Perlu Audiogram tahunan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
6.	Perlu Audiogram dua tahun	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
7.	Need to wear hearing protective devices	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
8.	Perlu memeriksa Pakar THK	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak

**D. DIAGNOSIS****E. PENGURUSAN****F. KESIMPULAN**

- Layak
- Layak, tetapi memerlukan intervensi berikut:

---



---

Tidak layak

**G. T/T DAN COP RASMI PAKAR YANG MEMERIKSA**


---

T/T PAKAR YANG MEMERIKSA

---

COP RASMI

Rekod Soal Selidik Kesihatan:

1. Tahun II
2. Tahun III
3. Tahun IV
4. Tahun V



Unit Kesihatan Pekerjaan  
Bahagian Kawalan Penyakit  
Kementerian Kesihatan Malaysia



## Tahun II: Soal Selidik Kesihatan

Untuk diisi oleh pekerja sendiri

Semua maklumat yang dicatat adalah rahsia dan menjadi sebahagian daripada rekod kesihatan pekerjaan anda

**Peringatan:** Sila beri maklumat berkaitan bagi tempoh 1 tahun yang lalu sahaja.

Tarikh \_\_\_\_\_

### A. LATAR BELAKANG PEKERJAAN

#### 1. PEKERJAAN SEMASA

Jawatan:	<input type="checkbox"/> Pekerja Rendah Am <input type="checkbox"/> Pemandu <input type="checkbox"/> Pembantu Kesihatan Awam <input type="checkbox"/> Penolong Pegawai Kesihatan Persekitaran <input type="checkbox"/> Lain-lain, _____	Tarikh Mula Jawatan ini:	
Tempat Kerja:			
Proses Kerja yang dilakukan dalam tempoh satu tahun yang lalu: <small>(Tandakan lebih dari satu jika melakukan pelbagai tugas)</small>	<input type="checkbox"/> Pembancuhan racun <input type="checkbox"/> Penyemburan <input type="checkbox"/> Pengasapan <input type="checkbox"/> ULV <input type="checkbox"/> Pencelupan Kelambu Berubat <input type="checkbox"/> Semburan Pembunuhan Larva ( <i>larviciding</i> ) <input type="checkbox"/> Pembersihan parit <input type="checkbox"/> Pemotongan rumput <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Aedes <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Slaid <input type="checkbox"/> Memasukkan data ke komputer <input type="checkbox"/> Penyelenggaraan stor <input type="checkbox"/> Penyelia <input type="checkbox"/> Lain-lain, _____		

### A. LATAR BELAKANG PEKERJAAN

Pekerjaan	Alamat Tempat Kerja	* Proses Kerja

\* Merujuk kepada tugas/ aktiviti pekerjaan yang dilakukan e.g. pekerjaan sebagai pekebun, proses kerja yang dilakukan meliputi memotong rumput, menyembur racun dll.

## B. RIWAYAT KESIHATAN DIRI

1. PENYAKIT BARU YANG DIDIGNOS DALAM SATU TAHUN YANG LALU (tandaan kotak lebih dari satu jika mengalami lebih dari satu penyakit)				TARIKH DIAGNOSA	RAWATAN
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Hipertensi	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Penyakit Kardiovaskular	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kanser, Organ, _____	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Tuberkulosis, organ,	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Penyakit Ginjal	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Penyakit Paru-paru, nyatakan _____	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Penyakit Mental/ Gangguan Psikologi	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Penyakit Kulit	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Penyakit Telinga	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Lain-lain, nyatakan _____					

2. PEMBEDAHAN YANG DITERIMA DALAM SATU TAHUN YANG LALU		
TARIKH PEMBEDAHAN	JENIS PEMBEDAHAN	CATATAN (termasuk masih dalam rawatan ulangan, sebab pembedahan di)

3. RIWAYAT KESIHATAN REPRODUKTIF (UNTUK DIISI OLEH WANITA SAHAJA)						
Tarikh Akhir Haid (hari pertama berdarah): _____ (hh/bb/ft)	Tempoh haid _____ hari	Kitaran Regular	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Jika mengandung, kandungan ke -						
Adakah anda mengalami masalah keguguran dalam satu tahun yang lalu? Jika Ya, nyatakan _____ kali			<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Adakah anda menyusu ( <i>breastfeeding</i> )?			<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Adakah anda mengalami ujian Pap Smear dalam masa satu tahun yang lalu? Jika Ya, nyatakan tarikh, _____			<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak

## C. GAYA HIDUP

1. <b>Tembakau</b> <i>(untuk diisi oleh mereka yang masih merokok semasa pemeriksaan perubatan yang lalu)</i>	Adakah anda masih merokok?	<input type="checkbox"/>	Ya, _____ batang rokok/sehari
		<input type="checkbox"/>	Telah berhenti semenjak, _____ (bb/ft)
2. <b>Hobi</b>			

## D. PENDEDAHAN HAZAD PEKERJAAN

## 1. Gejala hazad kimia

Pernahkah anda mengalami keadaan di bawah dalam 12 jam selepas mengendali racun pestisid?

Sistem Neurologi:					Catatan
Keresahan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Periang	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sakit Kepala	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Gangguan Tidur	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kekeliruan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kemurungan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sawan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Koma	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sistem Respirasi:					Catatan
Sesak Nafas	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Semput	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sistem Gastro Usus:					Catatan
Pengeluaran AirLuirBerlebihan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Loya	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Muntah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sakit Perut	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Cirit-birit	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sistem Penglihatan					Catatan
Mata Berair	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kabur Penglihatan (miosis)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sistem Muskuloskeletal					Catatan
Pergerakan Otot luarkawalan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kekejangan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sistem Kardiovaskular					Catatan
Jantung berdegup kencang	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sistem Kulit					Catatan
Kulit merah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Gatal	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Ruam	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Radang mukosa (mata, dalam mulut, hidung)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

## Amalan Kerja (untuk Pengendali Racun Pestisid Sahaja)

## I. Penggunaan Alat Pelindung Diri

Alat-alat pelindung diri yang manakah yang anda gunakan semasa mengendali racun pestisid?

- Sarung tangan getah
- Sarung tangan kimia
- Cermin mata/ goggles
- Topeng muka/ mask
- Kasut keselamatan
- Apron/ overall



<b>ii. Penstoran</b>	Adakah anda menyimpan racun pestisid di stor berasingan yang berkunci?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
<b>iii. Pembancuhan</b>	Adakah anda membaca arahan yang dilabel sebelum menggunakan racun perosak?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Adakah anda menggunakan racun tanpa mematuhi arahan pada label?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Adakah anda menggunakan alat pelindung diri seperti dibawah semasa menyediakan dan membancuh racun pestisid:	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	a) Sarung tangan getah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	b) Sarung tangan kimia	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	c) Kasut but	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	d) Topeng muka	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	e) Goggle	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
<b>iv. Penyemburan</b>	Adakah anda menyembur racun menentang arah angin?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Adakah anda merokok atau minum / makan sambil menyembur racun?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Adakah anda menggunakan alat pelindung diri seperti dibawah semasa menyembur racun pestisid :	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	a. Sarung tangan getah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	b. Sarung tangan kimia	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	c. Kasut but	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	d. Topeng muka	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	e. Goggle	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
<b>v. Pembersihan</b>	Adakah anda mandi dan menukar pakaian sebaik sahaja selesai menyembur racun?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
<b>vi. Pelupusan</b>	Bekas racun yang telah kosong:				
	<input type="checkbox"/> dibuang di kawasan pembuangan sampah				
	<input type="checkbox"/> dikembalikan kepada pembekal untuk dilupuskan				

## 2. Gejala Hazad Bunyi

<b>i. Adakah anda mengalami gejala berikut?</b>	Kurang pendengaran	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Berdengung	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Pening	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Persekitaran berpusing	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<b>ii. Adakah anda menggunakan ubatan berikut?</b>	Kemoterapi((rawatan kanser)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Antibiotik;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Diuretik;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Ubat Anti-malaria;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<b>iii. Adakah anda terdedah kepada bunyi bisling:</b>	Di Rumah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Punca: _____ Tempoh: _____
	Di Tempat Kerja	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Bunyi yang kuat secara tiba-tiba	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Punca: _____ Jarak dari punca: _____
	Pusat hiburan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<b>iv. Adakah anda mempunyai hobi berikut:</b>	Menembak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Menyelam	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Mendengar musik menggunakan walkman	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Bermain peralatan musik	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Nyatakan _____

## 1. Gejala Hazad Ergonomik

<i>I. Adakah anda padabila-bila masa sepanjang 12 bulan yang lepas mempunyai masalah kesakitan, lenguh atau tidak selesa pada:</i>	Leher			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Pergelangan tangan			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Bahagian belakang atas			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Bahagian belakang bawah			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Salah satu atau kedua-dua paha/ betis			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Salah satu atau kedua-dua lutut			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Salah satu atau kedua-dua tumit/ kaki			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	
	Bahu	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya sebelah kanan	<input type="checkbox"/> Ya sebelah Kiri	<input type="checkbox"/> Ya kedua belah	
	Siku	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya sebelah kanan	<input type="checkbox"/> Ya sebelah Kiri	<input type="checkbox"/> Ya kedua belah	
<i>ii. Adakah anda rasakan bahawa masalah anda berkaitan dengan pekerjaan? (untuk dijawab oleh mereka yang mempunyai masalah di atas sahaja)</i>	Leher			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak pasti
	Pergelangan tangan			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak pasti
	Bahagian belakang atas			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak pasti
	Bahagian belakang bawah			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak pasti
	Salah satu atau kedua-dua paha/ betis			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak pasti
	Salah satu atau kedua-dua lutut			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak pasti
	Salah satu atau kedua-dua tumit/ kaki			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak pasti
	Bahu			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak pasti
	Siku			<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak pasti

### PENGAKUAN PEKERJA

Saya \_\_\_\_\_ dengan ini mengaku bahawa segala maklumat yang diberi di atas adalah benar dan lengkap mengikut pengetahuan saya.

Tandatangan: \_\_\_\_\_

## Tahun III: Soal Selidik Kesihatan

Untuk diisi oleh pekerja sendiri

*Semua maklumat yang dicatat adalah rahsia dan menjadi sebahagian daripada rekod kesihatan pekerjaan anda*

**Peringatan:** Sila beri makluma berkaitan bagi tempoh **1 tahun yang lalu sahaja.**

Tarikh \_\_\_\_\_

### A. LATAR BELAKANG PEKERJAAN

#### 1. PEKERJAAN SEMASA

<b>Jawatan:</b>  <b>Tempat Kerja:</b>	<input type="checkbox"/> Pekerja Rendah Am <input type="checkbox"/> Pemandu <input type="checkbox"/> Pembantu Kesihatan Awam <input type="checkbox"/> Penolong Pegawai Kesihatan Persekitaran  <input type="checkbox"/> Lain-lain, _____	<b>Tarikh Mula Jawatan ini:</b>	
<b>Proses Kerja yang dilakukan dalam tempoh satu tahun yang lalu:</b>  <small>(Tandakan lebih dari satu jika melakukan pelbagai tugasan)</small>	<input type="checkbox"/> Pembancuhan racun		
	<input type="checkbox"/> Penyemburan		
	<input type="checkbox"/> Pengasapan		
	<input type="checkbox"/> ULV		
	<input type="checkbox"/> Pencelupan Kelambu Berubat		
	<input type="checkbox"/> Semburan Pembunuhan Larva ( <i>larviciding</i> )		
	<input type="checkbox"/> Pembersihan parit		
	<input type="checkbox"/> Pemotongan rumput		
	<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Aedes		
	<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Slaid		
	<input type="checkbox"/> Memasukkan data ke komputer		
	<input type="checkbox"/> Penyelenggaraan stor		
	<input type="checkbox"/> Penyelia		
<input type="checkbox"/> Lain-lain, _____			

#### 2. PEKERJAAN SAMBILAN (Nyatakan semua pekerjaan.....)

Pekerjaan	Alamat Tempat Kerja	* Proses Kerja

\* Merujuk kepada tugasan/ aktiviti pekerjaan yang dilakukan e.g. pekerjaan sebagai pekebun, proses kerja yang dilakukan meliputi memotong rumput, menyembur racun dll.

## B. RIWAYAT KESIHATAN DIRI

1. PENYAKIT BARU YANG DIDIGNOS DALAM SATU TAHUN YANG LALU <small>(tandaan kotak lebih dari satu jika mengalami lebih dari satu penyakit)</small>	TARIKH DIAGNOSA		RAWATAN	
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Hipertensi	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Penyakit Kardiovaskular	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Kanser Organ _____	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Tuberkulosis, organ, _____	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Penyakit Ginjal	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Penyakit Paru-paru, nyatakan _____	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Penyakit Mental/ Gangguan Psikologi	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Peyakit Kulit	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Penyakit Telinga	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Lain-lain, nyatakan _____				

### 2. PEMBEDAHAN YANG DITERIMA DALAM SATU TAHUN YANG LALU

TARIKH PEMBEDAHAN	JENIS PEMBEDAHAN	CATATAN (termasuk masih dalam rawatan ulangan, sebab pembedahan di)

### 3. RIWAYAT KESIHATAN REPRODUKTIF (UNTUK DISI OLEH WANITA SAHAJA)

Tarikh Akhir Haid (hari pertama berdarah): _____ (hh/bb/tt)	Tempoh haid _____ hari	Kitaran Regular	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak		
Jika mengandung, kandungan ke - _____								
Adakah anda mengalami masalah keguguran dalam satu tahun yang lalu? Jika Ya, nyatakan _____ kali					<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Adakah anda menyusu ( <i>breastfeeding</i> )?					<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Adakah anda mengalami ujian Pap Smear dalam masa satu tahun yang lalu? Jika Ya, nyatakan tarikh, _____					<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak

## C. GAYA HIDUP

<b>1. Tembakau</b> <small>(untuk diisi oleh mereka yang masih merokok semasa pemeriksaan perubatan yang lalu)</small>	Adakah anda masih merokok?	<input type="checkbox"/>	Ya, batang rokok/sehari
		<input type="checkbox"/>	Telah berhenti semenjak, _____ (bb/tt)
<b>2. Hobi</b>			

## D. PENDEDAHAN HAZAD PEKERJAAN

## 1. Gejala hazad kimia

Pernahkah anda mengalami keadaan di bawah dalam 12 jam selepas mengendalikan racun pestisid?

Sistem Neurologi:				Catatan	
Keresahan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Pening	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sakit Kepala	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Gangguan Tidur	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kekeliruan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kemurungan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sawan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Koma	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sistem Respirasi:				Catatan	
Sesak Nafas	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Semput	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sistem Gastro Usus:				Catatan	
Pengeluaran Air Liur Berlebihan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Loya	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Muntah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sakit Perut	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Cirit-birit	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sistem Penglihatan				Catatan	
Mata Berair	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kabur Penglihatan (miosis)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sistem Muskuloskeletal				Catatan	
Pergerakan Otot luar kawalan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kekejangan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sistem Kardiovaskular				Catatan	
Jantung berdegup kencang	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sistem Kulit				Catatan	
Kulit merah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Gatal	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Ruam	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Radang mukosa (mata, dalam mulut, hidung)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

## Amalan Kerja (untuk Pengendali Racun Pestisid Sahaja)

## I. Penggunaan Alat Pelindung Diri

Alat-alat pelindung diri yang manakah yang anda gunakan semasa mengendalikan racun pestisid?

- Sarung tangan getah
- Sarung tangan kimia
- Cermin mata/ goggles
- Topeng muka/ mask
- Kasut keselamatan
- Apron/ overall

<i>ii. Penstoran</i>	Adakah anda menyimpan racun pestisid di stor berasingan yang berkunci?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>iii. Pembancuhan</i>	Adakah anda membaca arahan yang dilabel sebelum menggunakan racun perosak?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Adakah anda menggunakan racun tanpa mematuhi arahan pada label?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Adakah anda menggunakan alat pelindung diri seperti dibawah semasa menyediakan dan membancuh racun pestisid:	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	a) Sarung tangan getah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	b) Sarung tangan kimia	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	c) Kasut but	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	d) Topeng muka	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	e) Goggle	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>iv. Penyemburan</i>	Adakah anda menyembur racun menentang arah angin?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Adakah anda merokok atau minum / makan sambil menyembur racun?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Adakah anda menggunakan alat pelindung diri seperti dibawah semasa menyembur racun pestisid:	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	a. Sarung tangan getah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	b. Sarung tangan kimia	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	c. Kasut but	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	d. Topeng muka	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	e. Goggle	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>v. Pembersihan</i>	Adakah anda mandi dan menukar pakaian sebaik sahaja selesai menyembur racun?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>vi. Pelupusan</i>	Bekas racun yang telah kosong:					
	<input type="checkbox"/> dibuang di kawasan pembuangan sampah					
	<input type="checkbox"/> dikembalikan kepada pembekal untuk dilupuskan					
<b>2. Gejala Hazad Bunyi</b>						
<i>i. Adakah anda mengalami gejala berikut?</i>	Kurang pendengaran	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Berdengung	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Pening	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Persekitaran berpusing	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>ii. Adakah anda menggunakan ubatan berikut?</i>	Kemoterapi(rawatan kanser)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Antibiotik;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Diuretik;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Ubat Anti-malaria;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>iii. Adakah anda terdedah kepada bunyi bising:</i>	Di Rumah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Punca: _____ Tempoh: _____
	Di Tempat Kerja	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Bunyi yang kuat secara tiba-tiba	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Punca: _____ Jarak dari punca: _____
	Pusat hiburan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>iv. Adakah anda mempunyai hobi berikut:</i>	Menembak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Menyelam	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Mendengar musik menggunakan walkman	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Bermain peralatan musik	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Nyatakan _____

## 1. Gejala Hazad Kimia

<i>i. Adakah anda pada bila-bila masa sepanjang 12 bulan yang lepas mempunyai masalah kesakitan, lenguh atau tidak selesa pada:</i>	Leher	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Pergelangan tangan	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Bahagian belakang atas	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Bahagian belakang bawah	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Salah satu atau kedua-dua paha/ betis	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Salah satu atau kedua-dua lutut	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Salah satu atau kedua-dua tumit/ kaki	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Bahu	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah kanan	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah Kiri	<input type="checkbox"/>	Ya kedua belah
	Siku	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah kanan	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah Kiri	<input type="checkbox"/>	Ya kedua belah
<i>ii. Adakah anda rasakan bahawa masalah anda berkaitan dengan pekerjaan? (untuk dijawab oleh mereka yang mempunyai masalah di atas sahaja)</i>	Leher	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Pergelangan tangan	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Bahagian belakang atas	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Bahagian belakang bawah	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Salah satu atau kedua-dua paha/ betis	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Salah satu atau kedua-dua lutut	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Salah satu atau kedua-dua tumit/ kaki	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Bahu	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Siku	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		

### PENGAKUAN PEKERJA

Saya, \_\_\_\_\_ dengan ini mengaku bahawa segala maklumat yang diberi di atas adalah benar dan lengkap mengikut pengetahuan saya.

Tandatangan: \_\_\_\_\_

## Tahun IV: Soal Selidik Kesihatan

Untuk diisi oleh pekerja sendiri

*Semua maklumat yang dicatat adalah rahsia dan menjadi sebahagian daripada rekod kesihatan pekerjaan calon*

**Peringatan:** Sila beri makluma berkaitan bagi tempoh **1 tahun yang lalu sahaja.**

Tarikh \_\_\_\_\_

A. LATAR BELAKANG PEKERJAAN			
1. PEKERJAAN SEMASA			
<b>Jawatan:</b>  <b>Tempat Kerja:</b>	<input type="checkbox"/> Pekerja Rendah Am <input type="checkbox"/> Pemandu <input type="checkbox"/> Pembantu Kesihatan Awam <input type="checkbox"/> Penolong Pegawai Kesihatan Persekitaran <input type="checkbox"/> Lain-lain, _____	<b>Tarikh Mula Jawatan ini:</b>	
<b>Proses Kerja yang dilakukan dalam tempoh satu tahun yang lalu:</b> <small>(Tandakan lebih dari satu jika melakukan pelbagai tugasan)</small>	<input type="checkbox"/> Pembancuhan racun <input type="checkbox"/> Penyemburan <input type="checkbox"/> Pengasapan <input type="checkbox"/> ULV <input type="checkbox"/> Pencelupan Kelambu Berubat <input type="checkbox"/> Semburan Pembunuhan Larva ( <i>larviciding</i> ) <input type="checkbox"/> Pembersihan parit <input type="checkbox"/> Pemotongan rumput <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Aedes <input type="checkbox"/> Pemeriksaan Slaid <input type="checkbox"/> Memasukkan data ke komputer <input type="checkbox"/> Penyelenggaraan stor <input type="checkbox"/> Penyelia <input type="checkbox"/> Lain-lain, _____		
2. PEKERJAAN SAMBILAN <small>(nyatakan semua pekerjaan sambilan yang dilakukan dalam tempoh satu tahun yang lalu)</small>			
Pekerjaan	Alamat Tempat Kerja	* Proses Kerja	

\* Merujuk kepada tugasan/ aktiviti pekerjaan yang dilakukan e.g. pekerjaan sebagai pekebun, proses kerja yang dilakukan meliputi memotong rumput, menyembur racun dll.



## B. RIWAYAT KESIHATAN DIRI

1. PENYAKIT BARU YANG DIDIGNOS DALAM SATU TAHUN YANG LALU (tandaan kotak lebih dari satu jika mengalami lebih dari satu penyakit)				TARIKH DIAGNOSA	RAWATAN
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Hipertensi	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Penyakit Kardiovaskular	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kanser, Organ, _____	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Tuberkulosis, organ,	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Penyakit Ginjal	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Penyakit Paru-paru, nyatakan _____	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Penyakit Mental/ Gangguan Psikologi	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Peyakit Kulit	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Penyakit Telinga	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Lain-lain, nyatakan _____					

### 2. PEMBEDAHAN YANG DITERIMA DALAM SATU TAHUN YANG LALU

TARIKH PEMBEDAHAN	JENIS PEMBEDAHAN	CATATAN (termasuk masih dalam rawatan ulangan, sebab pembedahan di)

### 3. RIWAYAT KESIHATAN REPRODUKTIF (UNTUK DIISI OLEH WANITA SAHAJA)

Tarikh Akhir Haid (hari pertama berdarah): _____ (hh/bb/tt)	Tempoh haid _____ hari	Kitaran Regular	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak			
Jika mengandung, kandungan ke -									
Adakah anda mengalami masalah keguguran dalam satu tahun yang lalu? Jika Ya, nyatakan _____ kali						<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Adakah anda menyusui (breastfeeding)?						<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Adakah anda mengalami ujian Pap Smear dalam masa satu tahun yang lalu? Jika Ya, nyatakan tarikh, _____						<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak

## C. GAYA HIDUP

<b>1. Tembakau</b> <i>(untuk diisi oleh mereka yang masih merokok semasa pemeriksaan perubatan yang lalu)</i>	Adakah anda masih merokok?	<input type="checkbox"/>	Ya, _____ batang rokok/sehari
		<input type="checkbox"/>	Telah berhenti semenjak, _____ (bb/tt)
<b>2. Hobi</b>			

## D. PENDEDAHAN HAZAD PEKERJAAN

## 1. Gejala Hazad Kimia

Pernahkah anda mengalami keadaan di bawah dalam 12 jam selepas mengendalikan racun pestisid?

**Sistem Neurologi:**

Keresahan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Pening	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sakit Kepala	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Gangguan Tidur	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kekeliruan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kemurungan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sawan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Koma	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

**Sistem Respirasi:**

Sesak Nafas	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Semput	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

**Sistem Gastro Usus:**

Pengeluaran AirLiurBerlebihan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Loya	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Muntah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sakit Perut	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Cirit-birit	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

**Sistem Penglihatan**

Mata Berair	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kabur Penglihatan (miosis)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

**Sistem Muskuloskeletal**

Pergerakan Otot luarkawalan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kekejangan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

**Sistem Kardiovaskular**

Jantung berdegup kencang	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
--------------------------	--------------------------	----	--------------------------	-------	--

**Sistem Kulit**

Kulit merah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Gatal	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Ruam	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Radang mukosa (mata, dalam mulut, hidung)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

**Amalan Kerja**(untuk Pengendali Racun Pestisid Sahaja)**I.Penggunaan Alat Pelindung Diri**

Alat-alat pelindung diri yang manakah yang anda gunakan semasa mengendalikan racun pestisid?

- Sarung tangan getah
- Sarung tangan kimia
- Cermin mata/ goggles
- Topeng muka/ mask
- Kasut keselamatan
- Apron/ overall

<i>ii. Penstoran</i>	Adakah anda menyimpan racun pestisid di stor berasingan yang berkunci?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
<i>iii. Pembancuhan</i>	Adakah anda membaca arahan yang dilabel sebelum menggunakan racun perosak?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Adakah anda menggunakan racun tanpa mematuhi arahan pada label?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Adakah anda menggunakan alat pelindung diri seperti dibawah semasa menyediakan dan membancuh racun pestisid:	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	a) Sarung tangan getah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	b) Sarung tangan kimia	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	c) Kasut but	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	d) Topeng muka	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	e) Goggle	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
<i>iv. Penyemburan</i>	Adakah anda menyembur racun menentang arah angin?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Adakah anda merokok atau minum / makan sambil menyembur racun?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Adakah anda menggunakan alat pelindung diri seperti dibawah semasa menyembur racun pestisid:	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	a. Sarung tangan getah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	b. Sarung tangan kimia	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	c. Kasut but	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	d. Topeng muka	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	e. Goggle	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
<i>v. Pembersihan</i>	Adakah anda mandi dan menukar pakaian sebaik sahaja selesai menyembur racun?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
<i>vi. Pelupusan</i>	Bekas racun yang telah kosong:				
	<input type="checkbox"/> dibuang di kawasan pembuangan sampah				
	<input type="checkbox"/> dikembalikan kepada pembekal untuk dilupuskan				
<b>2. Gejala Hazad Bunyi</b>					
<i>i. Adakah anda mengalami gejala berikut?</i>	Kurang pendengaran	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Berdengung	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Pening	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Persekitaran berpusing	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
<i>ii. Adakah anda menggunakan ubatan berikut?</i>	Kemoterapi(rawatan kanser)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Antibiotik;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Diuretik;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Ubat Anti-malaria;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
<i>iii. Adakah anda terdedah kepada bunyi bising:</i>	Di Rumah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Di Tempat Kerja	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Bunyi yang kuat secara tiba-tiba	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Pusat hiburan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
<i>iv. Adakah anda mempunyai hobi berikut:</i>	Menembak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Menyelam	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Mendengar musik menggunakan walkman	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
	Bermain peralatan musik	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
					Punca: _____ Tempoh: _____
					Punca: _____ Jarak dari punca: _____
					Nyatakan _____

### 1. Gejala hazard kimia

<i>i. Adakah anda pada bila-bila masa sepanjang 12 bulan yang lepas mempunyai masalah kesakitan, lenguh atau tidak selesa pada:</i>	Leher	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Pergelangan tangan	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Bahagian belakang atas	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Bahagian belakang bawah	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Salah satu atau kedua-dua paha/ betis	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Salah satu atau kedua-dua lutut	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Salah satu atau kedua-dua tumit/ kaki	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Bahu	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah kanan	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah Kiri	<input type="checkbox"/>	Ya kedua belah
	Siku	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah kanan	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah Kiri	<input type="checkbox"/>	Ya kedua belah
<i>ii. Adakah anda rasakan bahawa masalah anda berkaitan dengan pekerjaan? (untuk dijawab oleh mereka yang mempunyai masalah di atas sahaja)</i>	Leher	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Pergelangan tangan	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Bahagian belakang atas	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Bahagian belakang bawah	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Salah satu atau kedua-dua paha/ betis	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Salah satu atau kedua-dua lutut	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Salah satu atau kedua-dua tumit/ kaki	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Bahu	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
	Siku	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		

### PENGAKUAN PEKERJA

Saya, \_\_\_\_\_ dengan ini mengaku bahawa segala maklumat yang diberi di atas adalah benar dan lengkap mengikut pengetahuan saya.

Tandatangan: \_\_\_\_\_

## Tahun IV: Soal Selidik Kesihatan

Untuk diisi oleh pekerja sendiri

*Semua maklumat yang dicatat adalah rahsia dan menjadi sebahagian daripada rekod kesihatan pekerjaan calon*

**Peringatan:** Sila beri makluma berkaitan bagi tempoh **1 tahun yang lalu sahaja.**

Tarikh \_\_\_\_\_

### A. LATAR BELAKANG PEKERJAAN

#### 1. PEKERJAAN SEMASA

<b>Jawatan:</b>	<input type="checkbox"/> Pekerja Rendah Am <input type="checkbox"/> Pemandu <input type="checkbox"/> Pembantu Kesihatan Awam <input type="checkbox"/> Penolong Pegawai Kesihatan Persekitaran <input type="checkbox"/> Lain-lain, _____	<b>Tarikh Mula Jawatan ini:</b>	
<b>Tempat Kerja:</b>			
<b>Proses Kerja yang dilakukan dalam tempoh satu tahun yang lalu:</b> <small>(Tandakan lebih dari satu jika melakukan sebagai tugasan)</small>	<input type="checkbox"/> Pembancuhan racun		
	<input type="checkbox"/> Penyemburan		
	<input type="checkbox"/> Pengasapan		
	<input type="checkbox"/> ULV		
	<input type="checkbox"/> Pencelupan Kelambu Berubat		
	<input type="checkbox"/> Semburan Pembunuhan Larva ( <i>larviciding</i> )		
	<input type="checkbox"/> Pembersihan parit		
	<input type="checkbox"/> Pemotongan rumput		
	<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Aedes		
	<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Staid		
	<input type="checkbox"/> Memasukkan data ke komputer		
	<input type="checkbox"/> Penyelenggaraan stor		
	<input type="checkbox"/> Penyelia		
<input type="checkbox"/> Lain-lain, _____			

#### 2. PEKERJAAN SAMBILAN (nyatakan semua pekerjaan sambilan yang dilakukan dalam tempoh satu tahun yang lalu)

Pekerjaan	Alamat Tempat Kerja	* Proses Kerja

\* Merujuk kepada tugasan/ aktiviti pekerjaan yang dilakukan e.g. pekerjaan sebagai pekebun, proses kerja yang dilakukan meliputi memotong rumput, menyembur racun dll.

## B. RIWAYAT KESIHATAN DIRI

1. PENYAKIT BARU YANG DIDIGNOS DALAM SATU TAHUN YANG LALU (tandaan kotak lebih dari satu jika mengalami lebih dari satu penyakit)	TARIKH DIAGNOSA		RAWATAN	
Diabetes Mellitus	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Hipertensi	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Penyakit Kardiovaskular	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Kanser, Organ, _____	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Tuberkulosis, organ,	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Penyakit Ginjal	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Penyakit Paru-paru, nyatakan _____	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Penyakit Mental/ Gangguan Psikologi	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Epilepsi	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Penyakit Kulit	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Penyakit Telinga	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Lain-lain, nyatakan _____				

### 2. PEMBEDAHAN YANG DITERIMA DALAM SATU TAHUN YANG LALU

TARIKH PEMBEDAHAN	JENIS PEMBEDAHAN	CATATAN (termasuk masih dalam rawatan ulangan, sebab pembedahan dll)

### 3. RIWAYAT KESIHATAN REPRODUKTIF (UNTUK DIISI OLEH WANITA SAHAJA)

Tarikh Akhir Haid (hari pertama berdarah): _____ (hh/bb/ft)	Tempoh haid _____ hari	Kitaran Regular	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak		
Jika mengandung, kandungan ke -								
Adakah anda mengalami masalah keguguran dalam satu tahun yang lalu? Jika Ya, nyatakan _____ kali					<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Adakah anda menyusu ( <i>breastfeeding</i> )?					<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak
Adakah anda mengalami ujian Pap Smear dalam masa satu tahun yang lalu? Jika Ya, nyatakan tarikh, _____					<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak

## C. GAYA HIDUP

<b>1. Tembakau</b> <i>(untuk diisi oleh mereka yang masih merokok semasa pemeriksaan perubatan yang lalu)</i>	Adakah anda masih merokok?	<input type="checkbox"/>	Ya, _____ batang rokok/sehari
		<input type="checkbox"/>	Telah berhenti semenjak, _____ (bb/ft)
<b>2. Hobi</b>			

## D. PENDEDAHAN HAZAD PEKERJAAN

## 1. Gejala hazad kimia

Pemahkah anda mengalami keadaan di bawah dalam 12 jam selepas mengendalikan racun pestisid?

## Sistem Neurologi:

Keresahan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Periang	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sakit Kepala	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Gangguan Tidur	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kekeliruan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kemurungan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sawan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Koma	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

## Sistem Respirasi:

Sesak Nafas	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Semput	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

## Sistem Gastro Usus:

Pengeluaran AirLiurBerlebihan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Loya	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Muntah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Sakit Perut	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Cirit-birit	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

## Sistem Penglihatan

Mata Berair	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kabur Penglihatan (miosis)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

## Sistem Muskuloskeletal

Pergerakan Otot luarkawalan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Kekejangan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

## Sistem Kardiovaskular

Jantung berdegup kencang	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
--------------------------	--------------------------	----	--------------------------	-------	--

## Sistem Kulit

Kulit merah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Gatal	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Ruam	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
Radang mukosa (mata, dalam mulut, hidung)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	

## Amalan Kerja (untuk Pengendali Racun Pestisid Sahaja)

## I. Penggunaan Alat Pelindung Diri

Alat-alat pelindung diri yang manakah yang anda gunakan semasa mengendalikan racun pestisid?

- Sarung tangan getah
- Sarung tangan kimia
- Cermin mata/ goggles
- Topeng muka/ mask
- Kasut keselamatan
- Apron/ overall

<i>ii. Penstoran</i>	Adakah anda menyimpan racun pestisid di stor berasingan yang berkunci?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>iii. Pembancuhan</i>	Adakah anda membaca arahan yang dilabel sebelum menggunakan racun perosak?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Adakah anda menggunakan racun tanpa mematuhi arahan pada label?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Adakah anda menggunakan alat pelindung diri seperti dibawah semasa menyediakan dan membancuh racun pestisid:	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	a) Sarung tangan getah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	b) Sarung tangan kimia	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	c) Kasut but	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	d) Topeng muka	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	e) Goggle	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>iv. Penyemburan</i>	Adakah anda menyembur racun menentang arah angin?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Adakah anda merokok atau minum / makan sambil menyembur racun?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Adakah anda menggunakan alat pelindung diri seperti dibawah semasa menyembur racun pestisid:	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	a. Sarung tangan getah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	b. Sarung tangan kimia	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	c. Kasut but	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	d. Topeng muka	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	e. Goggle	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>v. Pembersihan</i>	Adakah anda mandi dan menukar pakaian sebaik sahaja selesai menyembur racun?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>vi. Pelupusan</i>	Bekas racun yang telah kosong:					
	<input type="checkbox"/> dibuang di kawasan pembuangan sampah					
	<input type="checkbox"/> dikembalikan kepada pembekal untuk dilupuskan					
<b>2. Gejala Hazad Bunyi</b>						
<i>i. Adakah anda mengalami gejala berikut?</i>	Kurang pendengaran	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Berdengung	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Pening	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Persekitaran berpusing	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>ii. Adakah anda menggunakan ubatan berikut?</i>	Kemoterapi(rawatan kanser)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Antibiotik;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Diuretik;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Ubat Anti-malaria;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>iii. Adakah anda terdedah kepada bunyi bising:</i>	Di Rumah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Punca: _____ Tempoh: _____
	Di Tempat Kerja	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Bunyi yang kuat secara tiba-tiba	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Punca: _____ Jarak dari punca: _____
	Pusat hiburan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<i>iv. Adakah anda mempunyai hobi berikut:</i>	Menembak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Menyelam	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Mendengar musik menggunakan walkman	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Bermain peralatan musik	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Nyatakan _____



<b>ii. Penstoran</b>	Adakah anda menyimpan racun pestisid di stor berasingan yang berkunci?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<b>iii. Pembancuhan</b>	Adakah anda membaca arahan yang dilabel sebelum menggunakan racun perosak?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Adakah anda menggunakan racun tanpa mematuhi arahan pada label?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Adakah anda menggunakan alat pelindung diri seperti dibawah semasa menyediakan dan membancuh racun pestisid:	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	a) Sarung tangan getah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	b) Sarung tangan kimia	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	c) Kasut but	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	d) Topeng muka	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	e) Goggle	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<b>iv. Penyemburan</b>	Adakah anda menyembur racun menentang arah angin?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Adakah anda merokok atau minum / makan sambil menyembur racun?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Adakah anda menggunakan alat pelindung diri seperti dibawah semasa menyembur racun pestisid:	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	a. Sarung tangan getah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	b. Sarung tangan kimia	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	c. Kasut but	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	d. Topeng muka	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	e. Goggle	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<b>v. Pembersihan</b>	Adakah anda mandi dan menukar pakaian sebaik sahaja selesai menyembur racun?	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<b>vi. Pelupusan</b>	Bekas racun yang telah kosong:					
	<input type="checkbox"/> dibuang di kawasan pembuangan sampah					
	<input type="checkbox"/> dikembalikan kepada pembekal untuk dilupuskan					
<b>2. Gejala Hazad Bunyi</b>						
<b>i. Adakah anda mengalami gejala berikut?</b>	Kurang pendengaran	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Berdengung	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Pening	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Persekitaran berpusing	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<b>ii. Adakah anda menggunakan ubatan berikut?</b>	Kemoterapi(rawatan kanser)	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Antibiotik;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Diuretik;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Ubat Anti-malaria;	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<b>iii. Adakah anda terdedah kepada bunyi bisang:</b>	Di Rumah	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Punca: _____ Tempoh: _____
	Di Tempat Kerja	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Bunyi yang kuat secara tiba-tiba	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Punca: _____ Jarak dari punca: _____
	Pusat hiburan	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
<b>iv. Adakah anda mempunyai hobi berikut:</b>	Menembak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Menyelam	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Mendengar musik menggunakan walkman	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	
	Bermain peralatan musik	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak	Nyatakan _____

## 1. Gejala hazad kimia

<i>i. Adakah anda padabila-bila masa sepanjang 12 bulan yang lepas mempunyai masalah kesakitan, lenguh atau tidak selesa pada:</i>	Leher	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Pergelangan tangan	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Bahagian belakang atas	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Bahagian belakang bawah	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Salah satu atau kedua-dua paha/ betis	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Salah satu atau kedua-dua lutut	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Salah satu atau kedua-dua tumit/ kaki	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya				
	Bahu	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah kanan	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah Kiri	<input type="checkbox"/>	Ya kedua belah
	Siku	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah kanan	<input type="checkbox"/>	Ya sebelah Kiri	<input type="checkbox"/>	Ya kedua belah
	<i>ii. Adakah anda rasakan bahawa masalah anda berkaitan dengan pekerjaan? (untuk dijawab oleh mereka yang mempunyai masalah di atas sahaja)</i>	Leher	<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti	
Pergelangan tangan		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
Bahagian belakang atas		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
Bahagian belakang bawah		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
Salah satu atau kedua-dua paha/ betis		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
Salah satu atau kedua-dua lutut		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
Salah satu atau kedua-dua tumit/ kaki		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
Bahu		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		
Siku		<input type="checkbox"/>	Tidak	<input type="checkbox"/>	Ya	<input type="checkbox"/>	Tidak pasti		

## PENGAKUAN PEKERJA

Saya, \_\_\_\_\_ dengan ini mengaku bahawa segala maklumat yang diberi di atas adalah benar dan lengkap mengikut pengetahuan saya.

Tandatangan: \_\_\_\_\_

## Rekod Data Pemeriksaan Berkala:

1. Pemeriksaan Ulangan
2. Kesimpulan Pemeriksaan



Unit Kesihatan Pekerja  
Bahagian Kawalan Penyakit  
Kementerian Kesihatan Malaysia



## Bahagian Rekod Pemeriksaan Ulangan

Untuk diisi oleh pegawai-pegawai yang memeriksa

*Semua maklumat yang dicatat adalah rahsia dan menjadi sebahagian daripada rekod kesihatan pekerjaan*

### A. PEMERIKSAAN SISTEMATIK

No.	Sistem	Tarikh	Data Asas				Keputusan Ulangan				
1.	Mata										
2.	Pupil										
3.	Telinga										
4.	Sistem Respiratori										
5.	Sistem Kardiovaskular										
6.	Abdomen										
7.	Maskuloskeletal: Anggota Atas ( <i>upper limb</i> )										
	Anggota Bawah ( <i>lower limb</i> )										
	Tulang Belakang ( <i>spine</i> )										
8.	Kulit										
9.	Sistem Saraf dan keadaan mental (termasuk sistem saraf pusat dan sistem saraf periferi)										
10.	Lain-lain										

### B. REKOD PENYIASATAN KLINIKAL

Jenis Penyiasatan	Tarikh	Data Asas		Ulangan	
1. Darah	Hemoglobin				
	Serum Cholinesterase				
	RBC Cholinesterase				

## B. REKOD PENYIASATAN KLINIKAL

Jenis Penyiasatan	Tarikh	Data Asas	Ulangan			
<b>Ujian Fungsi Ginjal</b>						
	Creatinine					
	Urea					
	Serum Natrium					
	Serum Potasium					
	Serum Fosfat					
	Serum Bikarbonat					
	Asid Urik					
<b>Ujian Fungsi Hepar</b>						
	Jumlah Protien					
	Serum albumin					
	Serum globulin					
	ALP					
	ALT					
	AST					
	Gamma Glutamil Transferase					
	Nisbah A/G					
2. Spirometri	FEV1					
	FVC					
	FEV1/FVC					

## B. REKOD PENYIASATAN KLINIKAL

Jenis Penyiasatan	Tarikh	Data Asas	Ulangan			
3. Audiometri	Kanan					
	Kiri					
4. X-ray (jika perlu)						

Tarikh	KESIMPULAN	
	Oleh Klinik Kesihatan	Oleh Klinik Kesihatan Pekerjaan
	<input type="checkbox"/> Layak	<input type="checkbox"/> Layak
	Tidak Layak: <input type="checkbox"/> Perlu rujukan ke klinik Kesihatan Pekerjaan <input type="checkbox"/> Perlu rujukan ke Pakar Klinikal  _____   _____ T/T PAKAR YANG MEMERIKSA	<input type="checkbox"/> Layak, tetapi memerlukan intervensi berikut: _____ _____  <input type="checkbox"/> Tidak Layak:  _____ T/T PAKAR YANG MEMERIKSA
	<input type="checkbox"/> Layak	<input type="checkbox"/> Layak
	Tidak Layak: <input type="checkbox"/> Perlu rujukan ke klinik Kesihatan Pekerjaan <input type="checkbox"/> Perlu rujukan ke Pakar Klinikal  _____   _____ T/T PAKAR YANG MEMERIKSA	<input type="checkbox"/> Layak, tetapi memerlukan intervensi berikut: _____ _____  <input type="checkbox"/> Tidak Layak:  _____ T/T PAKAR YANG MEMERIKSA

**GARIS PANDUAN PENGURUSAN KES-KES YANG  
MEMERLUKAN PENGURUSAN LANJUT (KEPUTUSAN  
SARINGAN ABNORMAL) DI DALAM PROGRAM SURVELAN  
PERUBATAN ESAGI ANGGOTA KAWALAN VEKTOR**



**Unit Kesihatan Pekerjaan Bahagian  
Kawalan Penyakit Kementerian  
Kesihatan Malaysia**



**Garis panduan pengurusan Kes-kes yang memerlukan Pengurusan Lanjut (Keputusan Saringan Abnormal) di dalam program Survelan Perubatan Bagi Anggota Kawalan Vektor**

**KANDUNGAN:**

**Mukasurat**

- |  |    |
|--|----|
| 1. Kriteria Bagi Kes Yang Memerlukan Pengurusan Lanjut (Keputusan Saringan Abnormal) | 1  |
| 2. Pengurusan Kes Di Pejabat Kesihatan Daerah  | 4  |
| 3. Pengurusan Kes Di Klinik Kesihatan Pekerja  | 11 |



# 1. KRITERIA BAGI KES YANG MEMERLUKAN PENGURUSAN LANJUT (KEPUTUSAN SARINGAN ABNORMAL)

Kes yang mempunyai keputusan abnormal adalah memerlukan pengurusan lanjut samada oleh Pejabat Kesihatan daerah (Klinik Kesihatan) ataupun oleh Klinik Kesihatan Pekerja. Kriteria penentuan adalah seperti jadual berikut.

Hazad	Keputusan Normal	Keputusan Abnormal
<b>KIMIA</b>		
i. Organofosfat	i. Julat normal serum cholinesterase 3930 - 11500  ii. Tiada penurunan Serum Cholinesterase lebih dari 70% daripada paras asas	i. Paras serum cholinesterase dibawah paras julat normal Makmal HSB  ii. Paras serum cholinesterase dalam julat normal tetapi kurang 50 70% dari paras asas
ii. Semua bahan kimia	i. Keputusan ujian fungsi hepar dan renal dalam julat yang normal  ii. Tiada tanda-tanda dermatosis	i. Keputusan fungsi hepar dan renal yang abnormal  ii. Terdapat tanda- tanda Dermatosis

Hazard	Keputusan Normal	Keputusan Abnormal
	iii. Ujian spirometri normal	iii. Ujian spirometri menunjukkan: <ul style="list-style-type: none"> <li>• Obstructive               <ul style="list-style-type: none"> <li>o FEV<sub>1</sub> ↓</li> <li>o FVC N</li> </ul> </li> <li>• Restrictive               <ul style="list-style-type: none"> <li>o FEV<sub>1</sub> ↓</li> <li>o FVC ↓</li> <li>o FEV<sub>1</sub> : FVC N</li> </ul> </li> </ul>
<b>BUNYI BISING</b>	Normal: Mereka yang mempunyai intensiti kurang daripada 25dBA untuk setiap frekuensi yang diuji	i. Hilang pendengaran ( <i>Hearing loss</i> ): Mereka yang mempunyai intensiti pendengaran 25dBA atau lebih pada salah satu frekuensi yang diuji ii. Kecacatan pendengaran ( <i>Hearing impairment</i> ): Mereka yang mempunyai purata intensiti 25dBA atau lebih pada frekuensi percakapan (0.5, 1, 2, 3 kHz) iii. Anjakan Ambang Piawai ( <i>Standard Threshold Shift</i> ): Mereka yang mengalami perbezaan purata intensiti melebihi 10dBA pada frekuensi 2, 3, 4 kHz di antara audiogram terbaru dan audiogram asas

Hazad	Keputusan Normal	<i>Keputusan Abnormal</i>
ERGONOMIK		<p>i. Low back pain:  Kesakitan dan tidak selesa:  -bila-bila masa dalam jangkamasa 12 bulan yang lepas  -berkaitan dengan pekerjaan</p> <p>ii. Work-related upper limb disorders (WRULD):  Terdapat satu atau lebih gejala (sakit, sengal, kekejangan, berbahang, kebas atau berdenyut):  -pada salah satu dari 4 kawasan sendi anggota atas samada di tengkuk, bahu, siku, lengan atau tangan/ pergelangan tangan, yang berlanjutan dari seminggu atau berlaku sekurang-kurangnya sekali dalam sebulan untuk tempoh satu tahun sebelumnya.  Gejala-gejala ini mestilah bermula semenjak melakukan pekerjaan semasa dan tiada sejarah kemalangan atau kecederaan pada bahagian-bahagian tersebut</p>

## 2.2 Pengurusan kes secara spesifik mengikut pendedahan kepada hazad di peringkat Pejabat Kesihatan Daerah

### 2.2.1 Pengurusan kes bagi anggota kawalan vektor yang terdedah kepada bahan kimia

Rajah 1: Carta alir pengurusan anggota kawalan vektor yang terdedah kepada bahan kimia



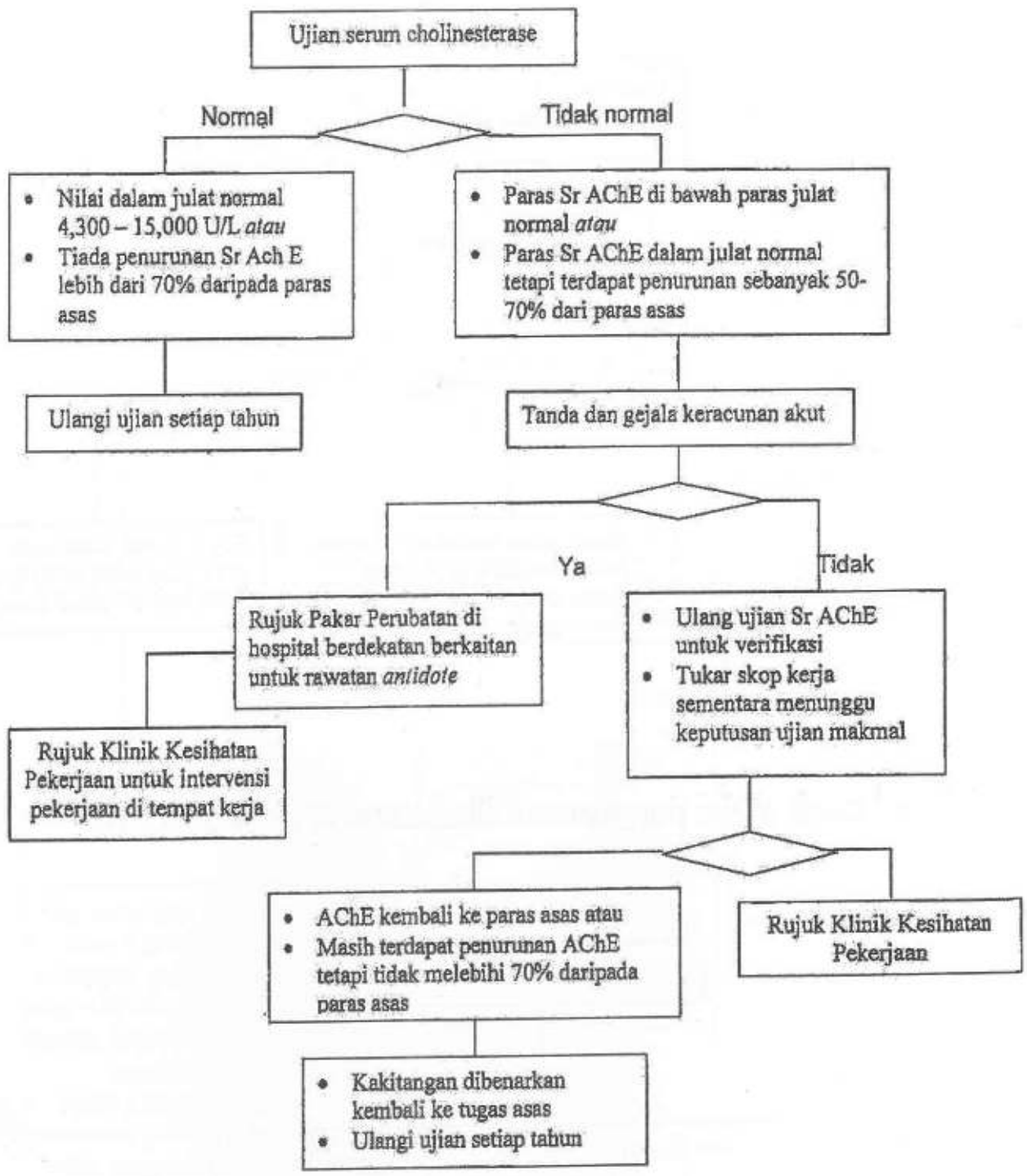
*Garis panduan pengurusan Kes-kes yang memerlukan Pengurusan Lanjut (Keputusan Saringan Abnormal) di dalam program Survelan Perubatan Bagi Anggota Kawalan Vektor*

## 2. PENGURUSAN KES DI PEJABAT KESIHATAN DAERAH

### 2.1 Pengurusan kes secara keseluruhan di peringkat Pejabat Kesihatan Daerah

- Secara keseluruhan, Audit Keselamatan dan Kesihatan perlu dijalankan secara berkala untuk mengawal dan mengelakkan anggota kawalan vektor terdedah kepada hazard dan membuat cadangan penambahbaikan yang bersesuaian.
  
- Memandangkan kebanyakan anggota kawalan vektor terdedah kepada bunyi bising, maka PKD juga hendaklah mengatur Program Perlindungan Pendengaran yang terdiri:
  - i. Polisi majikan
  - ii. Pengukuran kebisingan
  - iii. Kawalan kebisingan
  - iv. Pendidikan kesihatan
    - Kesan bunyi bising kepada kesihatan
    - Pengendalian alat
    - Pemakaian alat perlindungan diri
    - Penjagaan alat perlindungan diri
    - Ujian audiometri & kepentingannya
  - v. Program audiometri
  - vi. Pemeriksaan perubatan dan rawatan
  - vii. Peruntukan alat perlindungan diri
  - viii. Penyimpanan rekod

**Rajah 2. Carta aliran pengurusan ujian serum cholinesterase di peringkat PKD**

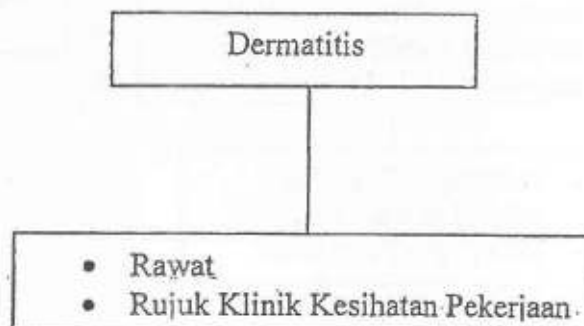


Garis panduan pengurusan Kes-kes yang memerlukan Pengurusan Lanjut (Keputusan Saringan Abnormal) di dalam program Survelan Perubatan Bagi Anggota Kawalan Vektor

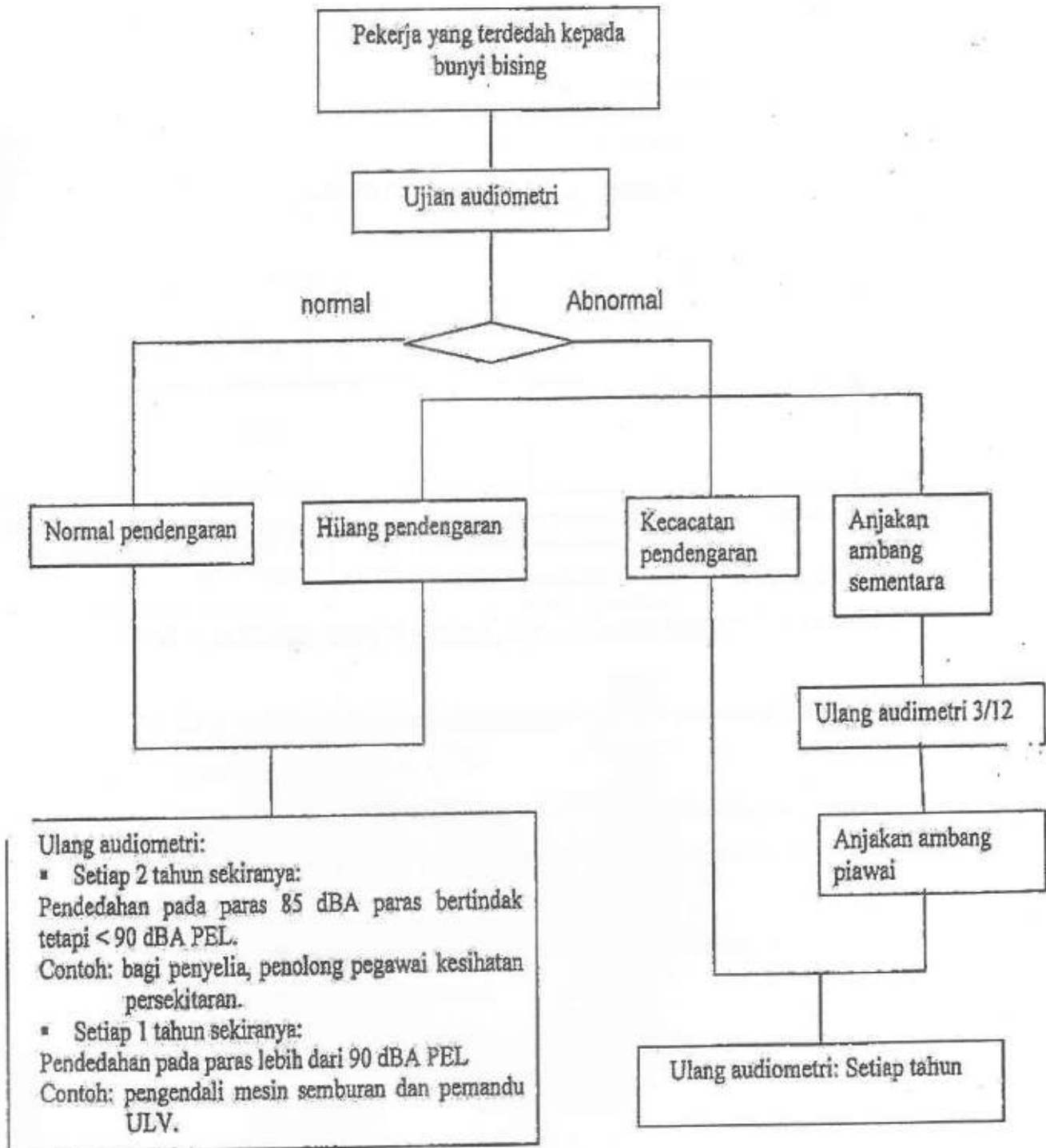
**Rajah 3. Carta aliran pengurusan ujian fungsi hepar dan renal di peringkat PKD**



**Rajah 4. Carta aliran pengurusan dermatitis di peringkat PKD**



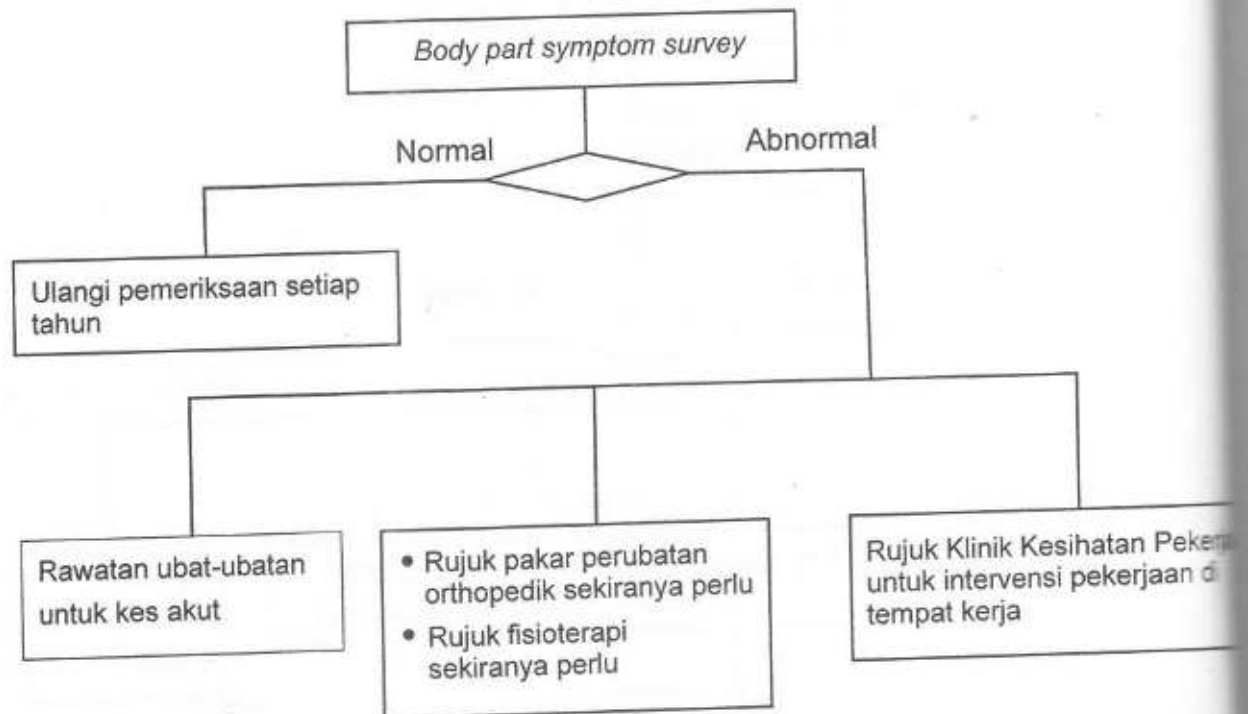
Rajah 5. Carta aliran pengurusan anggota kawalan vektor yang terdedah kepada bunyi bising di peringkat PKD





### 2.2.3 Pengurusan kes bagi anggota kawalan vektor yang terdedah kepada masalah ergonomik

Rajah 6: Carta alir pengurusan kes anggota kawalan vektor yang terdedah kepada masalah ergonomik



*Garis panduan pengurusan Kes-kes yang memerlukan Pengurusan Lanjut (Keputusan Saringan Abnormal) di dalam program Survelan Perubatan Bagi Anggota Kawalan Vektor*

### 3. PENGURUSAN KES DI KLINIK KESIHATAN PEKERJAAN

#### 3.1. Pengurusan kes secara keseluruhan di peringkat Klinik Kesihatan Pekerja

##### **Pengurusan kakitangan**

- Pengambilan riwayat:
  - i. Sejarah perubatan terperinci
  - ii. Sejarah pendedahan mengikut hazard
  - iii. Sejarah lain-lain yang berkaitan
  
- Pemeriksaan Fizikal

##### **Pengurusan tempat kerja**

- Lawatan ke tempat kerja - Penaksiran risiko
- Cadangan penambahbaikan kepada pihak majikan (PKD)

#### 3.2. Pengurusan kes secara khusus

##### **3.2.1 Pengurusan kes baqi mereka yang terdedah kepada bahan kimia**

- i. Bagi mereka yang mempunyai serum cholinesterase yang abnormal:
  - Ulang setiap 3 bulan
  - Syorkan *Medical removal protection* jika disyaki mengalami keracunan paras serum cholinesterase < 50% daripada nilai paras asas
  - Ulangi setiap 3 bulan sehingga paras serum cholinesterase meningkat ke paras normal

- Anggota kawalan vektor dibenarkan mengendalikan pestisid semula apabila paras, serum cholinesterase kembali normal.

ii. Bagi mereka yang mempunyai keputusan spirometri yang abnormal:

- rujuk pakar perubatan respiratori dan berkerjasama dengan mereka dalam pengurusan kes (jika perlu)
- khidmat nasihat kakitangan mengenai situasinya (bahaya pendedahan dengan status kesihatannya).
- Pertimbangkan kemungkinan menukar skop kerja dengan persetujuan kakitangan tersebut.

### **3.2.2 Pengurusan kes bagi mereka yang mempunyai hilang pendengaran, kecacatan pendengaran dan anjakan ambang piawai akibat bunyi bising pekerjaan**

- Ulang ujian audiometri
- Sahkan diagnosis *Occupational NIHL*
- Pastikan kakitangan vektor tersebut dibekalkan dengan alat perlindungan diri
- Pastikan alat perlindungan diri sesuai dengan kakitangan dan pemakaian yang betul
- Rujuk audiologist untuk *hearing s/b* jika perlu.
- Rujuk ENT untuk *Brain stem evoked response* (jika perlu) dan rawatan lanjut
- Jika bukan *Occupational NIHL*, rujuk:
  - Pakar ENT untuk tentukan diagnosa dan tindakan selanjutnya  
**atau**
  - Pakar-pakar lain yang berkaitan seperti neurologist, pakar perubatan dll.

### **3.2.3 Pengurusan kes bagi mereka yang mempunyai masalah ergonomik**

- Lawatan ke tempat kerja
- Kenalpasti faktor-faktor risiko terjadinya masalah ergonomik
- Memberi cadangan kepada majikan kaedah penambahbaikan