



JABATAN PERIKANAN MALAYSIA

Wisma Tani, Aras 1-6, Blok Menara 4G2, Presint 4, Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan, 62628 PUTRAJAYA
03-8889 2460 www.dof.gov.my

Pemeriksaan Kesihatan Nelayan

Tarikh :
Daripada : Ketua Daerah Perikanan
Kepada : Pegawai Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta

1. Sukacita dimaklumkan bahawa Jabatan Perikanan Malaysia dengan ini memohon Pegawai Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta untuk menjalankan pemeriksaan serta membuat perakuan tahap kesihatan kepada nelayan ini.
2. Pemeriksaan kesihatan nelayan ini adalah merujuk kepada Dasar Pelesenan Jabatan Perikanan yang mensyaratkan nelayan yang berdaftar untuk menjalankan pemeriksaan kesihatan apabila wujud sesuatu keperluan bagi tujuan bekerja di atas bot perikanan di laut dengan selamat. Dokumen ini diperlukan bagi memastikan pemeriksaan kepada nelayan telah dijalankan mengikut standard perubatan Jabatan Perikanan Malaysia dan mendapat perakuan Pegawai Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta.
3. Helaian bewarna Kuning yang telah lengkap perlu dikembalikan kepada nelayan yang diperiksa untuk diserahkan kepada Jabatan Perikanan Daerah. Helaian bewarna Hijau adalah untuk simpanan Pegawai Perubatan Kerajaan atau Pakar Perubatan Swasta.
4. Sebarang kos (jika ada) untuk pemeriksaan dan ujian kesihatan ini adalah tanggungan nelayan.

.....
Tandatangan Ketua Daerah Perikanan
Cop Jawatan
Tarikh

Perakuan Pegawai Perubatan

Saya telah memeriksa

No. Kad Pengenalan

mengikut standard perubatan Jabatan Perikanan Malaysia bagi tujuan kebenaran bekerja di atas vesel perikanan di laut dengan selamat dan keputusan pemeriksaan kesihatan beliau adalah seperti berikut :

1.	Nelayan ini sihat sepenuhnya	
2.	Nelayan ini sihat dengan pengawasan / rawatan susulan	
3.	Nelayan ini tidak sihat sementara	
4.	Nelayan ini tidak sihat kekal	

Catatan :

.....

.....

.....

Cop Doktor

Tandatangan
Pegawai Perubatan Kerajaan
atau Pakar Perubatan Swasta

Tarikh

Sejarah Penyakit & Kecederaan Nelayan

Nama Nelayan :

No. Kad Pengenalan : Tandatangan :

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah dengan teliti mengambilkira kenyataan yang dibuat dan saya percaya ianya lengkap dan tepat. Saya seterusnya mengisytiharkan bahawa saya tidak menyembunyikan apa-apa maklumat atau membuat apa-apa kenyataan palsu yang boleh menjejaskan prestasi kerja saya. Saya memberi izin kepada Pengamal Perubatan yang memeriksa untuk berkomunikasi dengan mana-mana Pengamal Perubatan yang memeriksa saya sebelum ini dalam hal-hal yang boleh memberi kesan ke atas kesesuaian untuk bekerja di atas vesel perikanan. Perakuan saya berkaitan sejarah penyakit atau kecederaan adalah seperti berikut :

Bil.	Perihal	Ya	Tidak	Catatan
1	Masalah mata			
	Katarak (mata berselaput)			
	Penglihatan satu mata sahaja (<i>monocular sight</i>)			
	Lain-lain yang menyebabkan halangan pandangan			
2	Buta warna			
3	Sukar melihat dalam gelap			
4	Apa-apa jenis sawan atau kekejangan			
5	Kecederaan berat di kepala			
6	Serangan pening atau pening			
7	Sakit kepala yang berat atau ' <i>migraine</i> '			
8	Pembedahan otak yang ' <i>major</i> '			
9	Kencing manis dalam rawatan insulin			
10	Penyakit mental			
11	Penyalahgunaan arak/dadah dalam masa 5 tahun yang lalu			
12	Kecacatan tulang belakang			
13	Penyakit jantung / tekanan darah tinggi / debaran jantung			
14	Sesak nafas / muntah darah / batuk kronik			
15	Pekak			
16	Penyakit buah pinggang			
17	Apa-apa rawatan berulang			
18	Apa-apa penyakit / kecederaan yang tidak dinyatakan di atas			

Pemeriksaan Kesehatan Nelayan

Berikut adalah panduan skop pemeriksaan kesihatan yang boleh dijalankan dalam membuat perakuan kesihatan nelayan (jika dirasakan perlu). Oleh kerana maklumat berkaitan status kesihatan yang disyiharkan oleh nelayan dan juga maklumat pemeriksaan kesihatan nelayan adalah berstatus RAHSIA, maka dokumen ini akan disimpan oleh pihak Hospital Daerah setelah selesai pemeriksaan dibuat.

Tinggi	<input type="text"/>	meter		Normal	Abnormal
Berat	<input type="text"/>	kg	Penyakit berjangkit	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Pendengaran	<div>kanan</div> <div><input type="text"/></div>	<div>kiri</div> <div><input type="text"/></div>	<i>Malignant Neoplasm</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penglihatan	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<i>Endocrine & Metabolic Disease</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penglihatan (kacamata)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<i>Mental Disorders</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Penglihatan warna	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<i>Central Nervous system</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Tekanan Darah	<input type="text"/>	mm Hg	<i>Cardiovascular system</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Denyutan Nadi	<input type="text"/>	/min	<i>Respiratory system</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Ujian Kencing	<div>Albumin</div> <div><input type="text"/></div>	<div>Gula</div> <div><input type="text"/></div>	<i>Digestive system</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Chest X-ray	<div>Normal</div> <div><input type="text"/></div>	<div>Abnormal</div> <div><input type="text"/></div>	<i>Genito-Urinary system</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
ECG	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<i>Musculo-skeletal system</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<i>Disease of blood & blood forming organs</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<i>Pertuturan</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			<i>Kulit</i>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Telinga / Hidung / Tekak (ENT)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Mata	<input type="text"/>	<input type="text"/>
			Mengandung	Ya	Tidak
			Minggu :		

Tandatangan
Pengawai Perubatan Kerajaan
atau Pakar Perubatan Swasta

Cop Doktor

Tarikh