



BAHAGIAN PASCA PERKHIDMATAN  
JABATAN PERKHIDMATAN AWAM MALAYSIA

JPA.BP.UMUM.B04

**BORANG LAPORAN PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN MENGENAI ANAK CACAT  
TANGGUNGAN PESARA**

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

No. Fail :

Tarikh Terima: \_\_\_\_\_

**ARAHAN**

1. Sila isikan borang ini dengan menggunakan dakwat **HITAM** atau **BIRU** sahaja
2. Sila gunakan **HURUF BESAR**
3. Sila tandakan  pada kotak/petak yang berkaitan

PERINGATAN

- a) Bahagian (A) dan (B) diisi oleh penjaga anak cacat
- b) Bahagian (C) hendaklah diisi oleh **Pakar Perubatan Kerajaan** mengikut jenis kecacatan yang berkenaan sahaja.
- c) Bagi kes anak yang mengalami cacat anggota, pakar yang mengesahkan **WAJIB** melengkapkan Bahagian C.II(b) iaitu seperti di muka surat 5 dan bagi kes kecelaruan mental, Pakar Psikiatri Kerajaan **WAJIB** melengkapkan Bahagian C.III(b) seperti di muka surat 7.
- d) Sila sertakan sekeping gambar penuh anak cacat (saiz 3R).

Gambar penuh anak  
cacat



C.I PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN - BAGI KES CACAT OTAK  
(Bahagian ini mesti diisi dan disahkan oleh Pakar Perubatan yang berkenaan)

Saya mengesahkan bahawa:

(a) Penama mengalami kecacatan otak (jenis kecacatan) :

- |  |   |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Sindrom <i>Down</i> ( <i>Down Syndrome</i> )                  | <input type="checkbox"/> Lewat perkembangan ( <i>Global Development Delay</i> ) |
| <input type="checkbox"/> Kurang upaya intelektual ( <i>intellectual disabilities</i> ) | <input type="checkbox"/> <i>Attention Deficit Hyperactive Disorder</i> (ADHD)   |
| <input type="checkbox"/> <i>Autism Spectrum Disorder</i> (ASD)                         | <input type="checkbox"/> lain-lain (others): (Nyatakan) _____                   |

(b) Selain daripada kecacatan otak, penama juga mengalami kecacatan: \_\_\_\_\_

(c) Kecacatan otak ini menyebabkan penama:

- Boleh bekerja & menyara diri     Tidak berupaya bekerja & menyara diri

(d) Kecacatan otak ini dialami sejak berumur \_\_\_\_\_ tahun dan akan :     Kekal                      Tidak Kekal   

(e) Ulasan tambahan (jika ada) : \_\_\_\_\_

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan Pakar Perubatan)

Nama Penuh : \_\_\_\_\_

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

Bidang Kepakaran : \_\_\_\_\_

Cop Jabatan : \_\_\_\_\_

\* Tandakan  pada petak yang berkenaan.

C.II (a) PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN – BAGI KES CACAT ANGGOTA  
(Bahagian ini mesti diisi dan ditanda oleh Pakar Perubatan yang berkenaan)

Saya mengesahkan bahawa:

(a) Penama mengalami kecacatan anggota (jenis kecacatan) iaitu \_\_\_\_\_  
yang disebabkan oleh \_\_\_\_\_

(b) Kecacatan ini dialami sejak \_\_\_\_\_

(c) Tahap kebergantungan hidup akibat kecacatan yang dialami:

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

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

\_\_\_\_\_

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

(f) Sila beri pendapat sama ada penama boleh bekerja dan menanggung diri sendiri ataupun tidak:

Boleh bekerja & menanggung diri     Tidak berupaya bekerja & menanggung diri

(g) Tahap ketidakupayaan yang dialami – **sila lengkapkan BAHAGIAN C.II (b)**

(h) Ulasan tambahan (jika ada):

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

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan Pakar Perubatan)

Nama Penuh                :  
Jawatan                    :  
Bidang Kepakaran        :  
Cop Jabatan                :

**\*\*\* Pakar Perubatan Kerajaan yang melakukan pemeriksaan hendaklah mengesahkan tahap ketidakupayaan penama seperti di Bahagian C.II (b) Jadual Jenis dan Tahap Ketidakupayaan di muka surat sebelah.**

\* Tandakan  pada petak yang berkenaan.

**BAHAGIAN C.II (b) PENGESAHAN PAKAR PERUBATAN KERAJAAN (KES CACAT ANGGOTA)**

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

**JADUAL JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN (CACAT ANGGOTA)**

BIL.	DOMAIN	TAHAP KETIDAKUPAYAAN				
		0 TIADA MASALAH	1 RINGAN ( <i>mild</i> )	2 KETARA ( <i>moderate</i> )	3 TERUK ( <i>severe</i> )	4 AMAT TERUK ( <i>very severe</i> )
1.	Ketidakupayaan urus diri : (makan, minum, kebersihan diri, mengenakan pakaian, komunikasi)					
2.	Ketidakupayaan pergerakan : (Berjalan, perpindahan tubuh badan, memandu kenderaan)					
3.	Ketidakupayaan kemahiran domestik: (melakukan aktiviti rumah seperti mengemas, mencuci pakaian, membersihkan rumah)					
4.	Ketidakupayaan kemahiran motor halus / <i>dexterity functions</i> :  (menggunakan peralatan-peralatan rumah, aspek keselamatan, kawalan pergerakan / fungsi tangan atau kaki)					
5.	Ketidakupayaan fungsi sosial:  (kebolehan interaksi dan komunikasi dengan keluarga, masyarakat, masyarakat tempat kerja / sekolah secara wajar.  Manifestasi: hilang kebolehan untuk berbual, takut kepada orang luar, mengelak diri dari bergaul, mengurung diri, kerap dibuang kerja.					
6.	Ketidakupayaan fungsi kognitif:  (kemampuan daya ingatan, tumpuan menyiapkan sepenuhnya ( <i>persistence</i> ) dan kepantasan untuk menyiapkan sesuatu aktiviti. Manifestasi: bilangan kesilapan, masa yang diperlukan untuk menyelesaikan aktiviti, dan sama ada beliau perlu dibantu)					
7.	Tahap kebergantungan terhadap aktiviti harian:  (Manifestasi ; Boleh berdikari atau perlu separa bantuan atau perlu bantuan sepenuhnya)					

Disahkan oleh : .....

Cop Nama, Jawatan & Jabatan : .....

Tarikh.....

(tandatangan pakar)

**C.III (a) PENGESAHAN PAKAR PSIKIATRI KERAJAAN –  
BAGI KES KECELARUAN MENTAL (*MENTAL DISORDER*)**

Bahagian ini hendaklah diisi dan disahkan oleh Pakar Psikiatri Kerajaan sahaja)

Tandakan  pada petak yang berkenaan.

Saya mengesahkan bahawa:

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

\_\_\_\_\_

yang disebabkan oleh \_\_\_\_\_

(b) Penama mengalami kecelaruan mental (*mental disorder*) sejak \_\_\_\_\_

(c) Tahap ketidakupayaan yang dialami – **silalah lengkapkan BAHAGIAN C.III (b)**

(d) Selain daripada mengalami ketidakupayaan di atas, penama juga mengalami kecacatan/ketidakupayaan:

\_\_\_\_\_

(e) Kecacatan/ketidakupayaan yang dialami penama ini adalah berkekalan atau telah mencapai *maximum medical improvement* (MMI):

Ya       Tidak

(f) Silalah beri pendapat sama ada penama boleh bekerja dan berupaya untuk menanggung diri sendiri ataupun tidak:

Boleh bekerja & berupaya menanggung diri       Tidak berupaya bekerja & menanggung diri

(g) Ulasan tambahan (jika ada):

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

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan Pakar Psikiatri)

Nama Penuh            :

Jawatan                :

Cop Jabatan           :

**\*\*\* Pakar Psikiatri Kerajaan yang melakukan pemeriksaan hendaklah mengesahkan tahap ketidakupayaan penama seperti di Bahagian C.III (b) Jadual Jenis dan Tahap Ketidakupayaan di muka surat sebelah.**

\*Tandakan  pada petak yang berkenaan.

**BAHAGIAN C.III (b) PENGESAHAN PAKAR PSIKIATRI KERAJAAN**

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

**JADUAL JENIS DAN TAHAP KETIDAKUPAYAAN**

BIL.	DOMAIN	TAHAP KETIDAKUPAYAAN				
		0 TIADA MASALAH	1 RINGAN ( <i>mild</i> )	2 KETARA ( <i>moderate</i> )	3 TERUK ( <i>severe</i> )	4 AMAT TERUK ( <i>very severe</i> )
1.	Ketidakupayaan urus diri : (makan, minum, kebersihan diri, mengenakan pakaian, komunikasi)					
2.	Ketidakupayaan pergerakan : (Berjalan, perpindahan tubuh badan, memandu kenderaan)					
3.	Ketidakupayaan kemahiran domestik: (melakukan aktiviti rumah seperti mengemas, mencuci pakaian, membersihkan rumah)					
4.	Ketidakupayaan kemahiran motor halus / <i>dexterity functions</i> : (menggunakan peralatan-peralatan rumah, aspek keselamatan, kawalan pergerakan / fungsi tangan atau kaki)					
5.	Ketidakupayaan fungsi sosial: (kebolehan interaksi dan komunikasi dengan keluarga, masyarakat, masyarakat tempat kerja / sekolah secara wajar.  Manifestasi: hilang kebolehan untuk berbual, takut kepada orang luar, mengelak diri dari bergaul, mengurung diri, kerap dibuang kerja.					
6.	Ketidakupayaan fungsi kognitif: (kemampuan daya ingatan, tumpuan menyiapkan sepenuhnya ( <i>persistence</i> ) dan kepantasan untuk menyiapkan sesuatu aktiviti. Manifestasi: bilangan kesilapan, masa yang diperlukan untuk menyelesaikan aktiviti, dan sama ada beliau perlu dibantu)					
7.	Ketidakupayaan kawalan tingkahlaku: (Manifestasi ; Agresif, memarahi atau mengancam orang lain tanpa sebab, memecahkan objek,berbogel di khalayak umum, menyerang orang lain)					

Disahkan oleh : .....

Cop Nama, Jawatan & Jabatan : .....

Tarikh.....

(tandatangan pakar)