

**JABATAN KESELAMATAN DAN KESIHATAN PEKERJAAN  
BORANG PENDAFTARAN SEBAGAI PENGENDALI PERANCAH**

Gambar

**1.0 BUTIR-BUTIR PEMOHON**

- 1.1 Nama :  
(huruf besar)
- 1.2 Tarikh Lahir : Tempat Lahir :
- 1.3 Jantina :  Lelaki  Perempuan No. KP / Pasport :
- 1.4 Kewarganegaraan : No. SOCSO :
- 1.5 Alamat rumah/pos :
- 1.6 No. Tel (HP @ rumah) :
- 1.7 Pengalaman :

**2.0 BUTIR-BUTIR MAJIKAN**

- 2.1 Nama Majikan :
- 2.2 Alamat :
- 2.3 No. Tel/Faks :
- 2.4 No. ROC :

**3.0 LATIHAN**

- 3.1 Latihan berkaitan dengan Pengendali Perancah: *(Nyatakan dan lampirkan salinan sah sijil)*



**PEMERIKSAAN PERUBATAN**  
(UNTUK DIPENUHI OLEH PENGAMAL PERUBATAN)

**BAHAGIAN I**

No. Pendaftaran Pemohon di klinik : ..... Tarikh Pendaftaran : .....

Kedaaan Umum : .....

Berat : .....kg. Ketinggian : .....sm

Pemeriksaan air kencing untuk albumin dan gula (Jika positif siasat selanjutnya)

Tekanan darah: Sistolik : ..... Diastolik : .....

Kejituan penglihatan mengikut Carta Snellen (dalam meter)

Tanpa kacamata min. 6/60 Kanan : ..... Kiri : .....

Dengan Kacamata min. 6/12 Kanan : ..... Kiri : .....

\*Untuk mereka yang memakai kacamata. Perlu dinyatakan pada lesen.

**JAWAPAN**

Sila tandakan X dalam ruang yang bersesuaian 'Ya' atau 'Tidak'

Bil	Perihal	Ya	Tidak	Catatan
1	Ada kecacatan dalam penglihatan (Carta istihara)			
2	Ada kecacatan dalam penglihatan lapangan (field vision)			
3	Ada bukti kecacatan sistem saraf			
4	Ada bukti-bukti penyakit psikiatrik (psychiatric)			
5	Adakah pemohon menunjukkan tanda-tanda peminum arak dan Penyalahgunaan dadah			
6	Ada ketidaksempurnaan dari/atau kecacatan fizikal			
7	Ada bukti kelainan sistem kardiovaskular			
8	Adakah pemohon mempunyai tekanan darah tinggi yang tidak terkawal			
9	Adakah pemohon mengidap penyakit kencing manis yang tidak dikawal dengan sempurna			
10	Ada kecacatan pendengaran			
11	Ada bukti kelainan sistem respiraton			
12	Siasatan lanjut yang dijalankan dan keputusannya: a): ..... b): ..... c): .....			
13	Pandangan-pandangan lain oleh pengamal perubatan: ..... .....			

Catatan: Kelewatan boleh berlaku kerana diperlukan siasatan lanjut.

**BAHAGIAN II**

Sila jawab soalan-soalan berikut berhubung dengan sejarah kesihatan anda. Tanda X dalam kotak ruangan yang sesuai 'Ya' atau 'Tidak'. Jika 'Ya' jelaskan dalam ruang catatan.

Adakah anda mempunyai sejarah atau sedang mengalami penyakit berikut

<b>Bil</b>	<b>Perihal</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	<b>Catatan</b>
*1	Masalah mata			
	- Katarak			
	- Pandangan 'monocular'			
	- Lain-lain yang menyebabkan halangan pandangan			
*2	Tidak dapat mengenaipasti warna-warna asas (primer) [merah, hijau, kuning (amper)]			
3	Sukar melihat dalam gelap			
*4	Apa-apa jenis sawan atau kekejangan			
5	Kecederaan berat dikepala			
*6	Serangan pening atau pening			
7	Sakit kepala yang berat atau 'migrane'			
8	Pembedahan otak yang 'major'			
*9	'Stroke' (dengan kecacatan 'residual')			
*10	Kencing manis dalam rawatan insulin			
*11	Penyakit mental			
*12	Penyalahgunaan arak dalam masa 5 tahun yang lalu			
*13	Penyalahgunaan dadah dalam masa 5 tahun yang lalu			
14	Kecacatan tulang belakang			
*15	Ketidaksempurnaan atau kecacatan anggota - pergerakan sendi yang terhad - kecacatan anggota yang berat - amputation' yang berat			
16	Penyakit jantung / tekanan darah tinggi / debaran jantung			
17	Sesak nafas / muntah darah / batu kronik			
*18	Pekak - pekak tuli			

*19	Penyakit buah pinggang yang kronik			
20	Apa-apa rawatan yang berulang			
21	Apa-apa penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas			

**\* Keadaan berikut adalah diambilkira sebagai sepenuhnya tidak layak sebagai Orang Kompeten (Pengendali Perancah)**

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya dengan teliti mengambilkira kenyataan yang dibuat di atas dan saya percaya ianya lengkap dan tepat. Saya seterusnya mengisytiharkan bahawa saya tidak menyembunyikan apa-apa kenyataan palsu. Saya memberi izin kepada pengamal perubatan yang memeriksa untuk berkomunikasi dengan mana-mana pengamal perubatan yang memeriksa saya dan JKKP dalam hal-hal yang boleh memberikan kesan ke atas kesesuaian untuk mengendalikan perancah dalam perkara-perkara yang berkaitan dengan permohonan saya sebagai Orang Yang Kompeten (Pengendali Perancah).

Tandatangan :  
pemohon

Tarikh :  
diperiksa

Nama (huruf :  
besar)

No. Kad :  
Pengenalan

Disaksikan :  
oleh (Dr.)

Tempat :  
diperiksa

Cop nama :  
dan jawatan

Tarikh/Masa :  
:

**BAHAGIAN III**

**KEPUTUSAN PEMERIKSAAN PERUBATAN**

Saya sahkan bahawa saya pada hari ini telah memeriksa pemohon .....  
No. Kad Pengenalan ..... Jawapan kepada soalan-soalan di atas adalah benar setakat yang saya ketahui dan percaya. Daripada pemerhatian dan pemeriksaan perubatan, saya dapati pemohon dari segi fizikal dan mental adalah:

**LAYAK**     **TIDAK LAYAK SEMENTARA**     **TIDAK LAYAK**

Definisi tidak layak sementara : apa-apa keadaan perubatan 'reversible' untuk mengendali perancah dengan selamat

Tandatangan pengamal perubatan : .....

Nama dan kelayakan pengamal perubatan :

.....  
.....

No. Pendaftaran MMC: .....

No. Pendaftaran Klinik: .....

Alamat : .....  
.....  
.....

Tarikh : .....                      Bayaran yang dikenakan:.....

No. Resit : .....

**UNTUK KEGUNAAN JKPP**