



BORANG PERMOHONAN BANTUAN KEBAJIKAN PESAKIT BUAH PINGGANG

SEKSYEN A – BUTIRAN PESAKIT

Nama Penuh _____

Tarikh Lahir _____ No. KP _____

Alamat _____

Pusat _____ Tarikh Mula _____

STATUS PEKERJAAN (☒ DI MANA BERKENAAN)

Pekerjaan sekarang : _____ Pekerjaan dahulu: _____

Sepenuh Masa ☐ Separuh Masa ☐ Bekerja Sendiri ☐ Tidak Bekerja ☐ Bersara ☐ Tidak Layak Bekerja atas sebab kesihatan ☐

(Jika tidak layak atas sebab kesihatan, sila lampirkan surat perubatan yang disahkan)

SEKSYEN B – BUTIRAN DIALISIS (DIISI OLEH PENGURUS PUSAT)

Tahun Mula Dialisis: _____ Normal ☐ Hep B ☐ Hep C ☐

Pengunaan Dialyser _____ One time ☐ Reuse ☐

Vascular Access: _____

ISU MOBILITI

OKU _____

Prostetik _____

Masalah Penglihatan _____

Cara Pengangkutan ke Pusat Dialisis _____

Untuk Kegunaan Pejabat Sahaja

Permohonan Baru ☐ Pembaharuan ☐ Tarikh Diterima:

SEKSYEN C – PERMOHONAN SUBSIDI UNTUK (✓ DI MANA BERKENAAN)

EPO	☐	IJC <i>Dressing</i>	☐
IV Iron	☐	Pengangkutan	☐
Ujian Darah	☐		

SEKSYEN D – PENAJA (✓ DI MANA BERKENAAN)

Sila lampirkan dokumen sokongan

SOCOS ☐ KWAP ☐ MAISNS ☐ JHEV (ATM) ☐ MARDI ☐ MITRA ☐

Lain lain (nyatakan) _____

SEKSYEN E – BUTIRAN KELUARGA

Pesakit dan anak-anak dan tanggungan anak tinggal serumah. Di bawah “Hubungan” sila gunakan huruf berikut:

P – Pasangan A -Anak-anak C – Cucu L – Lain lain

Nama	Hubungan	Umur	Pekerjaan	Pendapatan Bulanan RM	Sumbangan kepada Pesakit RM

Anak pesakit dan tanggungan anak yang tidak tinggal serumah dengan Pesakit

Nama	Hubungan	Umur	Pekerjaan	Pendapatan Bulanan RM	Sumbangan kepada Pesakit RM

SEKSYEN F – ASET (✓ DI MANA BERKENAAN)

Jenis Tempat Tinggal – Ruman Teres ☐ Flat ☐ Apartment ☐

Rumah Sendiri ☐ Sewa ☐

Lain- lain (nyatakan)_____

Pengangkutan ke/dari Pusat – Kenderaan Sendiri ☐ Pengangkutan Awam ☐

Jenis kenderaan yang dimilik Tiada ☐ Kereta ☐ Motosikal ☐ Lain lain ☐

Lain- lain(nyatakan:_____

SEKSYEN G – AKUAN & PERSETUJUAN

Saya dengan ini mengaku segala maklumat yang diberikan dalam borang ini adalah benar dan tepat setakat pengetahuan saya. Saya faham bahawa sebaran maklumat palsu boleh menyebabkan permohonan saya ditolak atau bantuan yang diberikan ditarik balik.

Saya juga memberikan persetujuan berikut:

- LSMF mengumpul, menyimpan dan menggunakan maklumat peribadi serta perubatan saya untuk tujuan menilai dan menguruskan bantuan kebajikan
- LSMF mengesahkan maklumat, menghubungi pihak ketiga berkaitan, menjalankan lawatan rumah (jika perlu) dan menggunakan maklumat bagi tujuan penilaian permohonan
- Penggunaan data tanpa identiti untuk laporan, audit atau tujuan penyelidikan yang berkaitan dengan kebajikan pesakit

Saya mengakui bahawa maklumat saya akan di rahsiakan dan dikendalikan mengikut dasar LSMF dan undang undang yang berkenaan.

Nama Penuh Pesakit:_____

Tandatangan Pesakit: _____Tarikh:_____

SEKSYEN H – DOKUMEN DIPERLUKAN

Pesakit perlu mengemukakan dokumen berikut (jika berkaitan) untuk membolehkan LSMF membuat penilaian:

Pendapatan	Dokumen
	Slip gaji terkini Pesakit/Pasangan/Anak-anak
	Penyata bank terkini Pesakit/Pasangan/Anak-anak
	Penyata KWSP terkini Pesakit/Pasangan/Anak-anak
	Penyata Pencen terkini/Pasangan
	Pendapatan Sampingan (jika ada)
	Lain lain sumbangan
	Penyata KWSP terkini Pesakit/Pasangan/Anak-anak
Perbelanjaan	Sewa rumah
	Bayaran balik pinjaman rumah/kereta
	Bil elektrik terkini
	Bil air terkini
	Bil telefon terkini
	Bil perubatan terkini
	Bil perkhidmatan penerimaan terkini
	Perbelanjaan lain lain (nyatakan)

LAIN-LAIN

Salinan KP Pesakit & ahli rumah

Gambar rumah Pesakit (luar dan dalam)

SEKSYEN I -MAKLUMAT RAWATAN PESAKIT (DIISI OLEH PENGURUS PUSAT)*Target Dry Weight* _____*Current Post HD Weight* _____

Bacaan HB

Baik ☐ Lemah ☐

Fosfat – Purata 3 bacaan terakhir

Baik ☐ Lemah ☐

Kehadiran

Baik ☐ Lemah ☐

Bilangan sesi dialysis yang tidak hadir: _____

Sebab: _____

Tarikh Lawatan Pakar Nefrologi: _____

Bacaan HB:

Date			
HB			

Saranan HB: Date: _____

Bacaan *Iron*

<i>Date</i>			
<i>Iron</i>			
<i>Feritin</i>			
<i>Tsat</i>			

Salinan:

1. Carta rawatan dialysis
2. Keputusan ujian darah (terkini) /serial chart

Tunggakan Bayaran (Jumlah)

Nama Pengurus Pusat: _____

Tandatangan Pengurus Pusat: _____

Tarikh: _____

SEKSYEN J – JENIS RAYUAN SUBSIDI (Nota: Kotak berwarna akan diisi oleh Jawatankuasa Pemilihan)**Bulanan Micera/Nesp/Erysa**

	Jumlah RM	Kekerapan	Jumlah RM
Keperluan pesakit pada masa ini			
Pesakit sedang membayar			
Subsidi daripada Penaja			
Subsidi yang diminta oleh Pesakit			
Subsidi yang diluluskan oleh LSMF			
Komitmen Pesakit			
Jumlah subsidi sehingga tamat kontrak			

Bulanan Ranofer

	Jumlah RM	Kekerapan	Jumlah RM
Keperluan pesakit pada masa ini			
Pesakit sedang membayar			
Subsidi daripada Penaja			
Subsidi yang diminta oleh Pesakit			
Subsidi yang diluluskan oleh LSMF			
Komitmen Pesakit			
Jumlah subsidi sehingga tamat kontrak			

Bulanan Ujian Darah

	Jumlah RM	Kekerapan	Jumlah RM
Keperluan pesakit pada masa ini			
Pesakit sedang membayar			
Subsidi daripada Penaja			
Subsidi yang diminta oleh Pesakit			
Subsidi yang diluluskan oleh LSMF			
Komitmen Pesakit			
Jumlah subsidi sehingga tamat kontrak			

Bulanan IJC Dressing

	Jumlah RM	Kekerapan	Jumlah RM
Keperluan pesakit pada masa ini			
Pesakit sedang membayar			
Subsidi daripada Penaja			
Subsidi yang diminta oleh Pesakit			
Subsidi yang diluluskan oleh LSMF			
Komitmen Pesakit			
Jumlah subsidi sehingga tamat kontrak			

Bulanan Pengangkutan

	Jumlah RM	Kekerapan	Jumlah RM
Subsidi yang diminta oleh Pesakit			
Subsidi yang diluluskan oleh LSMF			
Jumlah subsidi sehingga tamat kontrak			

SEKSYEN K

CADANGAN OLEH PAKAR NEFROLOGI BERTUGAS

Setuju	Ya ☐	Tidak ☐
EPO	Ya ☐	Tidak ☐
IV Iron	Ya ☐	Tidak ☐
Ujian Darah	Ya ☐	Tidak ☐
IJC Dressing	Ya ☐	Tidak ☐

Ulasan : _____

Nama: _____

Tandatangan: _____ Tarikh: _____

SEKSYEN L

CADANGAN OLEH PENERUSI JAWATAN KUASA KEBBAJIKAN

Skor Kebajikan Pesakit /

Bantuan separa ☐ Bantuan sederhana ☐ Bantuan Penuh ☐

Setuju	Ya ☐	Tidak ☐
EPO	Ya ☐	Tidak ☐
IV Iron	Ya ☐	Tidak ☐
Ujian Darah	Ya ☐	Tidak ☐
IJC Dressing	Ya ☐	Tidak ☐
Pengangkutan	Ya ☐	Tidak ☐

Ulasan : _____

Nama: _____

Tandatangan: _____ Tarikh: _____

SEKSYEN M - KELULUSAN

PENGERUSI LSMF

Setuju : Ya ☐ Tidak ☐

Ulasan : _____

Nama: _____

Tandatangan: _____ Tarikh: _____

