



KERAJAAN NEGERI KELANTAN

**PEKELILING PERKHIDMATAN NEGERI
BILANGAN 4 TAHUN 2012**

**PELAKSANAAN PEMERIKSAAN KESIHATAN BAGI PELANTIKAN
KE DALAM PERKHIDMATAN AWAM**

Adalah dimaklumkan bahawa Kerajaan Negeri telah bersetuju menerimapakai Pekeliling Perkhidmatan (Persekutuan) Bilangan 15 Tahun 2011 untuk Anggota Perkhidmatan Awam Negeri Kelantan.

2. Pekeliling Perkhidmatan berkenaan boleh dimuat turun melalui laman web <http://www.jpa.gov.my>.


(DATO' HAJLISMAIL BIN SAMAH)
Timbalan Setiausaha Kerajaan (Pengurusan)
b.p. SETIAUSAHA KERAJAAN
NEGERI KELANTAN

Pejabat Setiausaha Kerajaan Negeri Kelantan
Blok 2, Aras 1, Kota Darulnaim
15503 KOTA BHARU.

Bertarikh : 04 Jamadilawal 1433H Bersamaan
27 Mac 2012

[SUK.D.200(01) 600/9/Jld. 10(2)]

Kepada : Semua Ketua Jabatan Negeri

Salinan :
1) Ketua Pengurusan
Pihak Berkuasa Tempatan Negeri

2) Ketua Pengurusan
Pihak Berkuasa Berkanun Negeri

3) Semua Ketua Unit/Bahagian
Pejabat Setiausaha Kerajaan Negeri Kelantan



KERAJAAN MALAYSIA

PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 15 TAHUN 2011

**PELAKSANAAN PEMERIKSAAN KESIHATAN
BAGI PELANTIKAN KE DALAM PERKHIDMATAN AWAM**

TUJUAN

1. Pekeliling Perkhidmatan ini bertujuan memberi panduan mengenai pelaksanaan pemeriksaan kesihatan bagi pelantikan ke dalam Perkhidmatan Awam supaya pelaksanaannya lebih teratur selaras dengan pelaksanaan Saraan Baru Perkhidmatan Awam (SBPA).

LATAR BELAKANG

2. Peraturan mengenai pemeriksaan kesihatan kepada calon yang dilantik ke dalam Perkhidmatan Awam dijelaskan dalam Peraturan-Peraturan Pegawai Awam (Pelantikan, Kenaikan Pangkat dan Penamatan Perkhidmatan) 2012. Peraturan tersebut menetapkan setiap calon yang dilantik ke dalam Perkhidmatan Awam disyaratkan untuk diperiksa dan diperakui sihat untuk berkhidmat oleh pengamal perubatan berdaftar.

3. Bagi memastikan pemeriksaan kesihatan calon yang dilantik ke dalam Perkhidmatan Awam dibuat dengan lebih teratur dan selaras dengan pelaksanaan SBPA, terdapat keperluan untuk menjelaskan dasar dan tatacara pemeriksaan kesihatan serta penggunaan borang baru pemeriksaan kesihatan iaitu **Borang Pemeriksaan Perubatan Untuk Pelantikan Ke Dalam Perkhidmatan Awam**.

DEFINISI

4. Bagi tujuan Pekeliling Perkhidmatan ini:

“**calon**” bermaksud seseorang yang telah ditawarkan pelantikan secara tetap, sementara atau kontrak oleh Suruhanjaya;

“**Ketua Jabatan**” bermaksud seseorang pegawai yang mengetuai sesuatu jabatan atau Ketua Perkhidmatan, mengikut mana-mana yang berkenaan, atau mana-mana pegawai yang diberi kuasa melaksanakan tugas Ketua Jabatan atau Ketua Perkhidmatan;

“**pegawai**” bermaksud pegawai yang sedang berkhidmat yang dilantik ke jawatan baru oleh Suruhanjaya;

“**pengamal perubatan berdaftar**” bermaksud pengamal perubatan yang didaftarkan di bawah Akta Perubatan 1971 [Akta 50] sama ada pegawai perubatan Kerajaan atau swasta;

“**Perkhidmatan Awam**” bermaksud perkhidmatan awam am Persekutuan, perkhidmatan kehakiman dan perundangan, pasukan polis serta perkhidmatan pelajaran; dan

“Suruhanjaya” bermaksud Suruhanjaya Perkhidmatan Awam, Suruhanjaya Perkhidmatan Kehakiman dan Perundangan, Suruhanjaya Pasukan Polis dan Suruhanjaya Perkhidmatan Pelajaran atau mana-mana pihak yang diberi kuasa secara sah untuk melantik seseorang berkhidmat dengan mana-mana agensi awam di bawah bidang kuasa Suruhanjaya berkenaan.

DASAR PEMERIKSAAN KESIHATAN

5. Dasar bagi pemeriksaan kesihatan adalah seperti berikut:

- (a) calon yang akan dilantik ke dalam Perkhidmatan Awam hendaklah menjalani pemeriksaan kesihatan dan diperakui sihat untuk berkhidmat;
- (b) pegawai yang telah menjalani pemeriksaan kesihatan semasa di jawatan terdahulu perlu menjalani semula pemeriksaan kesihatan sekiranya dikehendaki oleh Suruhanjaya apabila dilantik ke jawatan baru;
- (c) bagi maksud subperenggan 5(a) dan 5(b), pemeriksaan kesihatan hendaklah dijalankan oleh pengamal perubatan berdaftar;
- (d) pemeriksaan kesihatan hendaklah dibuat selepas calon/ pegawai menerima surat tawaran pelantikan dan laporan pemeriksaan kesihatan perlu dikemukakan kepada Ketua Jabatan pada tarikh melapor diri bertugas;
- (e) sekiranya calon tidak dapat mengemukakan laporan pemeriksaan kesihatan pada tarikh lapor diri bertugas yang diarahkan, Ketua Jabatan tidak boleh menerima pegawai melaporkan diri bertugas. Sebaliknya, calon perlu menjalani pemeriksaan kesihatan dan

mengemukakan laporan tersebut semasa melapor diri bertugas dalam tempoh yang ditetapkan oleh Suruhanjaya;

- (f) bagi pegawai sedang berkhidmat, sekiranya laporan pemeriksaan kesihatan tidak dapat dikemukakan pada tarikh melapor diri yang diarahkan, pegawai hendaklah memohon penangguhan melapor diri kepada Ketua Jabatan baru. Pemeriksaan kesihatan perlu dilakukan oleh pegawai dengan kadar segera. Sekiranya pegawai diperakui oleh pengamal perubatan berdaftar mengalami masalah kesihatan, pegawai hendaklah merujuk kepada Suruhanjaya untuk mendapatkan nasihat mengenai pelantikannya;
- (g) Suruhanjaya boleh membatalkan tawaran pelantikan jika calon/ pegawai diperakui mengalami masalah kesihatan oleh pengamal perubatan berdaftar. Mana-mana calon/ pegawai yang telah mula berkhidmat boleh dibayar apa-apa emolumen bagi tempoh perkhidmatannya; dan
- (h) kos pemeriksaan kesihatan adalah ditanggung sepenuhnya oleh calon/ pegawai melainkan pemeriksaan yang dibuat di hospital/ klinik Kerajaan.

6. Walaupun seseorang pegawai yang sedang berkhidmat telah mematuhi syarat di perenggan 5, Ketua Jabatan pada bila-bila masa boleh mengarahkan pegawai untuk menjalani pemeriksaan kesihatan atau mengemukakan maklumat kesihatan yang telah disahkan oleh pengamal perubatan berdaftar apabila terdapat keperluan oleh Ketua Jabatan untuk mengetahui status kesihatan pegawai supaya pegawai dapat dinasihati mengenai perkhidmatannya. Bagi tujuan ini, pegawai hendaklah menggunakan borang pemeriksaan perubatan seperti di **Lampiran A**.

PELAKSANAAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

7. Pemeriksaan kesihatan bagi calon/ pegawai yang dilantik ke dalam Perkhidmatan Awam adalah seperti berikut:

- (a) calon/ pegawai hendaklah membuat pemeriksaan kesihatan sebaik sahaja menerima tawaran pelantikan daripada Suruhanjaya dengan menggunakan borang pemeriksaan perubatan seperti di **Lampiran B**;
- (b) calon/ pegawai perlu mengemukakan laporan pemeriksaan kesihatan semasa melapor diri bertugas;
- (c) Ketua Jabatan mengemukakan maklumat pelantikan dan laporan pemeriksaan kesihatan kepada Suruhanjaya dan memaklumkan sekiranya calon/ pegawai mengalami masalah kesihatan;
- (d) Suruhanjaya meneliti laporan pemeriksaan kesihatan dan memaklumkan keputusan pembatalan tawaran pelantikan kepada calon/ pegawai melalui Ketua Jabatan sekiranya mendapati calon/ pegawai mengalami masalah kesihatan dan tidak sesuai untuk berkhidmat; dan
- (e) Ketua Jabatan membuat bayaran emolument bagi apa-apa tempoh pegawai berkhidmat.

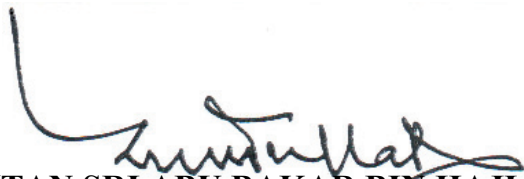
TARIKH KUAT KUASA

8. Pekeliling Perkhidmatan ini berkuat kuasa mulai **1 Januari 2012**.

PEMAKAIAN

9. Tertakluk kepada penerimaannya oleh pihak berkuasa masing-masing, Pekeliling Perkhidmatan ini terpakai kepada Perkhidmatan Awam Negeri, Pihak Berkuasa Berkanun (Persekutuan dan Negeri) dan Pihak Berkuasa Tempatan.

“BERKHIDMAT UNTUK NEGARA”



(TAN SRI ABU BAKAR BIN HAJI ABDULLAH)

Ketua Pengarah Perkhidmatan Awam
Malaysia

JABATAN PERKHIDMATAN AWAM
MALAYSIA
PUTRAJAYA

6 Disember 2011

Semua Setiausaha Suruhanjaya Perkhidmatan

Semua Ketua Setiausaha Kementerian

Semua Ketua Jabatan Persekutuan

Semua YB Setiausaha Kerajaan Negeri

Semua Pihak Berkuasa Berkanun

Semua Pihak Berkuasa Tempatan

Nota: Pemeriksaan Kesihatan ini adalah untuk pegawai perkhidmatan awam yang tidak mengidap penyakit kronik seperti darah tinggi, diabetes, penyakit jantung, strok dan kanser.

Nama Jawatan	Kementerian/Jabatan	Tempoh
a. _____	_____	_____
b. _____	_____	_____
c. _____	_____	_____

12. Sejarah Perubatan:
- ☐ a. Penyakit Mental
- ☐ b. Lain-lain (sila nyatakan) _____
13. Sejarah pembedahan:
- | Diagnosis/ Jenis Pembedahan | Tahun |
|-----------------------------|-------|
| a. _____ | _____ |
| b. _____ | _____ |
| c. _____ | _____ |
14. Sejarah Merokok
- ☐ Tidak Merokok
- ☐ Bekas Perokok (melebihi 6 bulan) ☐ Perokok
15. Sejarah alahan (alergi):
- i. Ubat-ubatan: a. _____ b. _____
- c. _____ d. _____
- ii. Lain-lain a. _____ b. _____
- c. _____ d. _____
16. Sejarah Keluarga:
- ☐ a. Penyakit Mental
- ☐ b. Kanser
- ☐ c. Diabetes Melitus
- ☐ d. Hipertensi
- ☐ e. Strok
- ☐ f. Penyakit Jantung
- ☐ g. Lain-lain (sila nyatakan)
- _____

B. PEMERIKSAAN FIZIKAL (untuk diisi oleh Paramedik)

1. Tinggi: cm Berat Badan: . kg
2. Indeks Jisim Tubuh (BMI): kg/m² BMI <18 (kurang berat badan)
 BMI 18-23 (normal)
 BMI 23-30 (lebih berat badan)
 BMI > 30 (kegemukan / obes)
3. Penglihatan: / 6 Kanan / 6 Kiri (Tanpa Cermin Mata)
- / 6 Kanan / 6 Kiri (Dengan Cermin Mata)

Kadar Nadi: _____/min Rentak (*Rhythm*): _____

Tekanan darah (BP): _____sistolik mm/Hg
_____diastolik mm/Hg

Pemeriksaan Klinikal Payudara: Normal / Tidak Normal _____

Pap smear: _____

C. UJIAN MAKMAL

1. Glukosa Darah:

atau; Rawak (*Random*) _____ mmol/l
Puasa (*Fasting*) _____ mmol/l

2. Serum Lipid:

Total Cholesterol _____ mmol/l

Nota: Jalankan ujian lanjut jika diperlukan.

D. Catatan

Tandatangan pemeriksa: _____ Tarikh : _____

Nama dan Cop Rasmi:

E. PEMERIKSAAN KESIHATAN PERGIGIAN: (untuk diisi oleh Pegawai Pergigian)

☐ Kesihatan pergigian yang baik / tidak memerlukan rawatan

Terdapat masalah pergigian:-

☐

Infeksi

☐

Masalah Periodontium

☐

Karies / Restorasi

☐

Lain-lain

☐

Kehilangan Gigi

(sila nyatakan) _____

Tandatangan pemeriksa: _____ Tarikh : _____

Nama dan Cop Rasmi:

KEPADA PIHAK YANG BERKENAAN:

Dengan ini disahkan bahawa _____ (nama pemohon)

No. Kad Pengenalan _____ telah menjalani pemeriksaan

kesihatan pada _____ dari jam _____ hingga jam _____.

Tandatangan:

Nama :

(DENGAN HURUF BESAR)

Jawatan :

Cop rasmi :

.....

**BORANG PEMERIKSAAN PERUBATAN
UNTUK PELANTIKAN KE DALAM PERKHIDMATAN AWAM**

Pemohon hendaklah mengisi maklumat di **Bahagian A, B dan C** dan menyerahkan Borang ini **berserta surat tawaran pelantikan** kepada pengamal perubatan berdaftar sebelum pemeriksaan perubatan dibuat.

Untuk tujuan pemeriksaan, pemohon hendaklah membawa cermin mata (jika pernah memakainya) dan laporan Lembaga Perubatan (jika ada).

A. BIODATA

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

Nama Penuh: _____

Jawatan Yang Ditawarkan: _____

Alamat: _____

No. Kad Pengenalan/Tentera/Polis/Pasport:

							-			-				
--	--	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Tarikh Lahir:

		-			-				
--	--	---	--	--	---	--	--	--	--

Umur:

--	--

tahun

Jantina:

☐

Lelaki

☐

Perempuan

Warganegara:

☐
☐

Malaysia

Lain-Lain (Nyatakan)

Agama:

☐

Islam

☐

Buddha

☐

Hindu

☐

Kristian

☐

Lain-Lain (Nyatakan)

Bangsa:

☐

Melayu

☐

Cina

☐

India

☐

Lain-Lain (Nyatakan)

Status Perkahwinan:

☐

Bujang

☐

Berkahwin

☐

Pernah Berkahwin

Kumpulan Darah:
(jika diketahui)

No. Telefon:

			-											
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Maklumat waris:

Nama: _____

Hubungan: _____

Alamat: _____

No. Telefon:

			-											
--	--	--	---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

B. MAKLUMAT KESIHATAN PEMOHON
(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

(1) Adakah anda menghidap/ pernah mengalami masalah kesihatan berikut:

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
1	Kecederaan serius				
2	Alahan (ubat/ makanan/ kontak)				
3	Lelah / Asma				
4	Hipertensi (Darah Tinggi)				
5	Diabetes (Kencing Manis)				
6	Sakit Jantung/dada				
7	Gangguan Mental / Sakit Jiwa				
8	<i>Depression</i> (Kemurungan)				
9	Migrain				
10	Epilepsi (Sawan)				
11	HIV				
12	<i>Sexually Transmitted Infections</i> (Penyakit kelamin)				
13	Hepatitis (Sakit Kuning)				
14	Kanser				

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesehatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
15	Gastrik				
16	Ketagihan Dadah				
17	Ketagihan Alkohol				
18	Merokok				
19	Kecacatan anggota				
20	Hernia (Angin Pasang)				
21	Buah Pinggang				
22	Ketulan di payudara				
23	Tibi / Batuk berpanjangan melebihi 2 minggu				
24	Masalah Penglihatan/ Pendengaran				
25	Histeria				
26	Pitam				
27	<i>Dysmenorhea</i> / Senggugut				
28	Kahak berdarah				
29	Pernahkah anda menerima rawatan tradisional untuk gangguan mental?				
30	Kecederaan kepala yang serius/ <i>serious head injury</i>				

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
31	Pernahkah anda cuba untuk membunuh diri (<i>suicide attempt</i>)?				
32	Sejarah Pembedahan				
33	Lain –lain (Sila Nyatakan)				
Diisi Oleh Pemohon Agensi Penguatkuasaan Maritim Malaysia Sahaja					
34	<i>Varicose Vein</i> (Urat Kaki Bersimpul)				
35	<i>Flat Footed</i> (Tapak Kaki Rata)				
36	Buasir				
37	Sakit Sendi				

- (2) Adakah anda pada masa ini sedang dirawat oleh pengamal perubatan berdaftar untuk apa-apa jenis penyakit atau kecederaan?

☐

Ya

☐

Tidak

Catatan :

- (3) Adakah keluarga anda yang terdekat pernah menghidap apa-apa penyakit keturunan?

☐

Ya

☐

Tidak

Catatan :

- (4) Adakah anda sedang mengandung? (bagi pemohon perempuan)

☐

Ya

☐

Tidak

Catatan :

C. PENGAKUAN DAN KEBENARAN
(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

Pengakuan dan Kebenaran Pemohon

Saya mengakui bahawa maklumat perubatan yang diberikan di **Bahagian B** adalah **BENAR** dan sekiranya maklumat itu **palsu** atau saya didapati **menyembunyikan** maklumat kesihatan saya, tindakan boleh dikenakan ke atas saya.

Saya dengan ini bersetuju untuk memberi kebenaran kepada pihak tuan bagi mengemukakan maklumat mengenai pemeriksaan perubatan ini kepada pihak berkuasa/ jabatan yang berkenaan.

Tandatangan Pemohon : _____

Nama Pemohon : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh : _____

Pengakuan Saksi

Saya dengan ini mengesahkan maklumat kesihatan di **Bahagian B** dibuat oleh pemohon dan tandatangan di **Bahagian C** adalah tandatangan pemohon.

Tandatangan Saksi* : _____

Nama Saksi* : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh : _____

*** Pegawai dalam Kumpulan Pengurusan dan Profesional**

D. PEMERIKSAAN FIZIKAL**(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)****Height:** _____ m **Weight:** _____ kg **BMI:** _____ kg/m²**Blood Pressure:** _____ mmHg **Pulse Rate:** _____ /minute**General Condition:** _____**(1) EYE****(i) Vision:**

Right Eye		Left Eye	
With glasses	6/ _	With glasses	6/ _
Without glasses	6/ _	Without glasses	6/ _

(ii) Colour vision:☐

Normal

☐

Abnormal

(iii) Squint:☐

Present

☐

NIL

(2) EAR / HEARING**(i) Physical examination:****Rt. Ear**☐

Normal

☐

Abnormal

Lt. Ear☐

Normal

☐

Abnormal

(ii) Hearing:**Rt. Ear**☐

Normal

☐

Abnormal

Lt. Ear☐

Normal

☐

Abnormal

(3) ORAL, THROAT AND TEETH

(i) Oral: ☐ Normal ☐ Abnormal

(ii) Throat: ☐ Normal ☐ Abnormal

(iii) Teeth/ Denture: ☐ Normal ☐ Abnormal

Remark: _____

(4) RESPIRATORY SYSTEM

☐ Normal ☐ Abnormal

Remark: _____

(5) CARDIOVASCULAR SYSTEM

☐ Normal ☐ Abnormal

Remark: _____

(6) ABDOMEN/ URO GENITAL

Abdomen:

☐ Normal ☐ Abnormal

Remark: _____

Uro Genital:

☐

Normal

☐

Abnormal

Remark: _____

(7) NEUROLOGICAL SYSTEM

☐

Normal

☐

Abnormal

Remark: _____

(8) MENTAL HEALTH ASSESSMENT

(i) General appearance:

dressing

☐

tidiness

☐

appropriateness

☐

(ii) Speech:

coherent

☐

relevant

☐

rational

☐

(iii) Emotional Mood:

depressed

☐

elated

☐

normal

☐

(iv) Hallucination / Delusion:

present

☐

NIL

☐

(v) Orientation:

time

☐

place

☐

person

☐

Remark: _____

(9) MUSCULOSKELETAL SYSTEM

(i) **Upper limb:** ☐ Normal ☐ Abnormal

(ii) **Lower limb:** ☐ Normal ☐ Abnormal

(iii) **Gait:** ☐ Normal ☐ Abnormal

Remark:

E. UJIAN MAKMAL
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

UJIAN URIN

Ujian	Keputusan
Sugar	
Albumin	

LAIN-LAIN UJIAN
(sekiranya difikirkan perlu oleh pengamal perubatan berdaftar)

Sila lampirkan laporan ujian berkenaan bersama-sama Borang Pemeriksaan Perubatan ini.

Cop Rasmi Makmal Yang Menjalankan Ujian:

**F. PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN BERDAFTAR
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)**

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa

No. KP: pada..... dan mendapati:

☐

beliau tidak menghidap masalah kesihatan dan disahkan sihat untuk berkhidmat; atau

☐

beliau menghidapi masalah kesihatan:

Nama penyakit :

Tahap penyakit: Ringan (*mild*)

☐

.....

Sederhana (*moderate*)

☐

.....

Tidak Terkawal (*uncontrol*)

☐

.....

Tandatangan :

Nama :

No. Kad Pengenalan :

Jawatan :

No. Pendaftaran MMC :

Cop Rasmi :

Tarikh :