

Asthma Questionnaire

Pertanyaan Lelah

To be completed by attending Doctor
Untuk dilengkapkan oleh Doktor yang merawat

PROPOSED LIFE / PENCADANG : _____	PROPOSAL NO / NO CADANGAN: _____	
PROPOSAL NO / PEMEGANG POLISI: _____	POLICY NO / NO POLISI: _____	
NRIC NO. / NO KP : _____	AGE / UMUR : _____	
SEX / JANTINA: <input type="checkbox"/> MALE / LELAKI <input type="checkbox"/> FEMALE / PEREMPUAN		
We would appreciate if you could kindly complete this questionnaire Kami amat menghargai sekiranya tuan/puan dapat melengkapkan daftar pertanyaan ini		
1	For how long has the above named been under your care for asthma? <i>Berapa lamakah penama diatas dibawah penjagaan tuan/puan untuk penyakit lelah?</i>	
2	Please indicate the P.E.F. determination on his/her first consultation at your clinic <i>Sila tunjukkan penentuan P.E.F semasa pencadang membuat rundingan pada pertama kali ke klinik anda</i>	
3	Does he/she use a peak flow meter at home? <i>Adakah pencadang menggunakan "peak flow meter" di rumah?</i>	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK
4	How many times per year on an average does the above named visit your clinic for the following: <i>Dalam setahun berapa kali kah penama diatas merawat klinik anda untuk berikut:</i>	
	(a) Treatment of an attack of asthma <i>Rawatan untuk lelah?</i>	
	(b) Consultation for renewal of prescription for asthma <i>Rundingan untuk mengulangi preskripsi ubat lelah</i>	
5	At what age did his / her asthma begin? <i>Pada umur berapakah pesakit mula menderita dari penyakit lelah?</i>	
6	Does he/she suffer from concomittant C.O.A D? <i>Adakah penyakit pesakit diiringi C.O.A.D?</i>	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK
7	Is his/her asthma related to any occupational exposure? <i>Adakah penyakit lelah pesakit ada kaitan dengan pendedahan pekerjaannya?</i>	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK
8	Does he/she smoke? <i>Adakah pesakit merokok?</i>	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK (a) No. of cigarettes smoked per day: _____ <i>Jumlah batang rokok yang dihisap dalam sehari</i>
9	Does he/she have any history of a atopy? <i>Adakah pesakit mempunyai sejarah "atopy"</i>	<input type="checkbox"/> YES / YA <input type="checkbox"/> NO / TIDAK
10	When did he/she have an acute attack? <i>Bilakah pesakit mengalami serangan yang teruk?</i>	
11	What were his/her pre and post attack P.E.F values? <i>Berapakah nilai serangan sebelum dan selepas demam Pel-Ebstein?</i>	Pre attack / Serangan sebelum _____ : L / MIN Post attack / Serangan selepas _____ : L / MIN
12	How many acute attacks has he/she had in the last 24 months? <i>Berapa kalikah pesakit telah mengalami serangan teruk dalam tempoh 24 bulan yang lepas?</i>	
13	How many of these attacks required:- / Berapa kalikah serangan-serangan ini memerlukan:-	
	a) attendance by a doctor / doktor untuk merawat	
	b) admission to a hospital / kemasukan ke hospital	
	c) use of oral steroids / kegunaan steroid oral	
	d) absence of work / ketidakhadiran kerja	
14	His/her asthma is treated by <i>Penyakit lehahnya dirawat dengan:-</i>	

	a) use of bronchodilators continuously / menggunakan "bronchodilators" secara berterusan																									
	b) use of bronchodilators intermittently / menggunakan "bronchodilators" secara sekejap-sekejap																									
	c) use of inhaled steroids / menyedut steroid																									
	d) use of oral steroids continuously / menggunakan steroid oral secara berterusan																									
	e) use of oral steroids intermittently / menggunakan oral steroid secara sekejap-sekejap																									
15	Please indicate the preparation and dosage of oral steroids that he/she requires on a continuous basis for his/her treatment Sila tunjukkan penyediaan dan dos steroid oral yang diperlukan secara berterusan untuk merawat pesakit																									
16	Please indicate the name of the preparation and dosage of the following if they are used in his/her treatment Sila beri nama penyediaan dan dos berikut sekiranya digunakan untuk merawat pesakit																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TYPE OF MEDICATION JENIS UBAT</th> <th>NAME OF PREPARATION NAMA PERSEDIAAN</th> <th>DOSAGE DOS</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(a) Oral bronchodilators "Oral bronchodilators"</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(b) Bronchodilators by inhalation "Bronchodilators" secara sedutan</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(c) Bronchodilators by suppository "Bronchodilators" dengan memasukkan pepejal ubat ke dalam dubur</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(d) Corticosteroids by inhalation "Corticosteroids" secara sedutan</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(e) Sodium cromoglycate - Intal etc "Sodium cromoglycate - Intal" dll</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(f) Other medication Lain-lain ubat</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	TYPE OF MEDICATION JENIS UBAT	NAME OF PREPARATION NAMA PERSEDIAAN	DOSAGE DOS	(a) Oral bronchodilators "Oral bronchodilators"			(b) Bronchodilators by inhalation "Bronchodilators" secara sedutan			(c) Bronchodilators by suppository "Bronchodilators" dengan memasukkan pepejal ubat ke dalam dubur			(d) Corticosteroids by inhalation "Corticosteroids" secara sedutan			(e) Sodium cromoglycate - Intal etc "Sodium cromoglycate - Intal" dll			(f) Other medication Lain-lain ubat						
TYPE OF MEDICATION JENIS UBAT	NAME OF PREPARATION NAMA PERSEDIAAN	DOSAGE DOS																								
(a) Oral bronchodilators "Oral bronchodilators"																										
(b) Bronchodilators by inhalation "Bronchodilators" secara sedutan																										
(c) Bronchodilators by suppository "Bronchodilators" dengan memasukkan pepejal ubat ke dalam dubur																										
(d) Corticosteroids by inhalation "Corticosteroids" secara sedutan																										
(e) Sodium cromoglycate - Intal etc "Sodium cromoglycate - Intal" dll																										
(f) Other medication Lain-lain ubat																										
17	Is the abovenamed compliant with his/her treatment and medication? Adakah penama diatas mematuhi dengan rawatan dan perubatan beliau ?																									
18	Where any of the following done in the last 2 years Adakah apa-apa ujian dilakukan dalam tempoh 2 tahun yang lepas?																									
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>TEST / UJIAN</th> <th>YES / YA</th> <th>NO / TIDAK</th> <th>DATE / TARIKH</th> <th>RESULT / KEPUTUSAN</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>(a) Chest X-ray X-ray Dada</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(b) Pulmonary function test Ujian fungsi " Pulmonary"</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(c) Allergy Alahan</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>(d) Others (Please specify) Lain-lain (Sila nyatakan)</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>	TEST / UJIAN	YES / YA	NO / TIDAK	DATE / TARIKH	RESULT / KEPUTUSAN	(a) Chest X-ray X-ray Dada					(b) Pulmonary function test Ujian fungsi " Pulmonary"					(c) Allergy Alahan					(d) Others (Please specify) Lain-lain (Sila nyatakan)				
TEST / UJIAN	YES / YA	NO / TIDAK	DATE / TARIKH	RESULT / KEPUTUSAN																						
(a) Chest X-ray X-ray Dada																										
(b) Pulmonary function test Ujian fungsi " Pulmonary"																										
(c) Allergy Alahan																										
(d) Others (Please specify) Lain-lain (Sila nyatakan)																										
19	Please note the last 3 REF determinations from your records Sila catit penentuan 3 rekod terakhir penentuan P.E.F i) (L / MIN) ii) (L / MIN) iii) (L / MIN)																									
20	How would you best consider the control of his/her asthma? Apakah pertimbangan anda tentang pengawalan penyakit lelahnya? a) Very well control <input type="checkbox"/> Pengawalan baik b) Moderate well control <input type="checkbox"/> Pengawalan sederhana c) Poor control <input type="checkbox"/> Pengawalan lemah																									
This report has been prepared By :- Laporan ini telah disediakan oleh :-																										
Signature of Doctor: _____ Clinic rubber Stamp: _____ Tandatangan Doktor																										
Dated: _____ Telephone No.: _____ Tarikh No. Telefon																										
<p style="text-align: center;">KINDLY RETURN THIS FORM IN A SEALED ENVELOPE TO THE UNDERWRITER OF OUR COMPANY SO AS TO MAINTAIN CONFIDENTIALITY OF THE INFORMATION THAT YOU HAVE PROVIDED.</p> <p style="text-align: center;">SIM KEMBALIKAN BORANG INI DALAM SAMPUL SURAT YANG DIGAM KEPADA PENGUNDERAIT PIHAK SYARIKAT BAGI MENJAMIN KERAHSIAAN MAKLUMAT YANG TELAH ANDA BERIKAN.</p>																										