

Asthma Questionnaire *Pertanyaan Lelah*

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

PROPOSED LIFE / PENCADANG : _____		
PROPOSAL NO / PEMEGANG 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 lelahnya dirawat dengan:-</i>	
	a) use of bronchodilators continuously / menggunakan "bronchodilators" secara berterusan	

