



**REKOD PERUBATAN  
(SEKSYEN A)**

**BORANG- BORANG PEMERIKSAAN PERUBATAN  
KE ATAS PEKERJA SINARAN**

NAMA PEKERJA : .....

.....

NO KAD PENGENALAN : .....

Sebarang pertanyaan boleh menghubungi:

Lembaga Perlesenan Tenaga Atom  
Kementerian Sains, Teknologi dan Inovasi  
Batu 24 Jalan Dengkil  
43800 Dengkil  
Selangor Darul Ehsan

Tel : +603-89225888 Faks : +603-89223685  
E-mel : [corporate@aelb.gov.my](mailto:corporate@aelb.gov.my)  
Web : [www.aelb.gov.my](http://www.aelb.gov.my)

Bahagian Kawalselia Radiasi Perubatan  
Kementerian Kesihatan Malaysia  
Aras 4, Blok E3, Kompleks E  
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan  
62590 Wilayah Persekutuan Putrajaya  
Tel : +603-8892 4727 Faks : +603-88924746  
Web : <https://radia.moh.gov.my/>

## KANDUNGAN

Penerangan	Muka Surat
1. Garis Panduan Format Pemeriksaan Kesihatan ke atas Pekerja Sinaran	3- 4
2. Bahagian I- Rekod Kesihatan Calon/ Pekerja Sinaran	5- 10
3. Bahagian II- Pemeriksaan Perubatan Pra- Pekerjaan/ Kajian Semula Kesihatan Berkala/ Pemeriksaan Perubatan apabila ditamatkan kerja atau Bersara/ Pemeriksaan Perubatan Khas	11- 23
4. Bahagian III- Surat Pengesahan Pemeriksaan Perubatan	24- 64
5. Rujukan	55- 60

# **GARIS PANDUAN FORMAT PEMERIKSAAN KESIHATAN KE ATAS PEKERJA SINARAN**

## **PENGENALAN**

Garis Panduan ini adalah sebagai panduan kepada pelaksanaan pemeriksaan kesihatan ke atas pekerja sinaran. Pemeriksaan kesihatan ini adalah tertakluk kepada Akta Perlesenan Atom 1984 dan Peraturan – Peraturan Pelesenan Tenaga Atom (Perlindungan Sinaran Keselamatan Asas ) 2010 menggunakan borang LPTA/BM/5.

## **OBJEKTIF**

Pemeriksaan kesihatan ini penting untuk mengetahui, memantau dan mengesahkan tahap kesihatan pekerja sinaran di peringkat pra – pekerjaan, semasa bekerja dan juga semasa persaraan.

## **PEMERIKSAAN KESIHATAN**

### 1. Definisi pekerja sinaran:

Pekerja yang terdedah kepada sinaran perubatan (contoh: perkhidmatan radiologi, radioterapi dan lain- lain) dan bukan perubatan (contoh: radiografi industri, reaktor dan lain-lain)

2. Kelayakan Pegawai Perubatan menjalankan pemeriksaan kesihatan adalah Pegawai Perubatan yang berdaftar dengan Lembaga Perlesenan Tenaga Atom (AELB) dan Jabatan Keselamatan dan Kesihatan Pekerjaan (JKKP).

3. Tempat pemeriksaan kesihatan boleh dilaksanakan di mana – mana fasiliti Hospital/ Klinik Kesihatan yang menyediakan perkhidmatan kesihatan pekerja.

4. Keadaan kesihatan seorang pekerja hendaklah dikaji semula sekurang- kurangnya sekali dalam tempoh tiga tahun bagi seorang pekerja di dalam suatu kawasan kawalan dan lebih kerap jika keadaan dedahan dan keadaan kesihatan pekerja itu menghendaki sedemikian.

5. Pemeriksaan diagnostik *sinar X* kepada pekerja sinaran perlu dilaksanakan sekurang-kurangnya setiap 6 tahun sekali daripada pemeriksaan *diagnostik sinar X* sebelumnya.

6. Pengurusan maklumat dan rekod
  - a. Semua maklumat berkenaan pemeriksaan adalah sulit sepertimana yang dinyatakan di bawah *Medical Act* (1971).
  - b. Majikan dan pemegang lesen hendaklah menyimpan dan menyenggarakan suatu rekod perubatan bagi pekerjaanya selama tempoh dia terus menjadi pekerjaanya.
  - c. Semasa persaraan/ penamatan kerja rekod perlu diserahkan kepada
    - i. AELB bagi semua pekerja yang terdedah kepada sinaran kecuali anggota Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)
    - ii. Bahagian Kawalselia Radiasi Perubatan Kementerian Kesihatan Malaysia bagi anggota KKM
  - d. Semua rekod pemeriksaan perubatan akan disimpan oleh pihak berkuasa akan disimpan untuk tempoh 30 tahun selepas persaraan/ penamatan kerja.

## **FORMAT PEMERIKSAAN KESIHATAN KE ATAS PEKERJA SINARAN**

### **Bagi setiap pemeriksaan:**

- a. Bahagian I perlu diisi dan ditandatangani oleh pekerja sinaran.
- b. Bahagian II dan III perlu diisi oleh Pegawai Perubatan.
- c. Bahagian II G merupakan ringkasan pemeriksaan sepanjang tempoh perkhidmatan pekerja sinaran yang perlu diisi oleh Pegawai Perubatan.
- d. Bahagian III merupakan surat pengesahan pemeriksaan perubatan.

Sebarang pertanyaan boleh menghubungi:

Lembaga Perlesenan Tenaga Atom  
Kementerian Sains, Teknologi dan Inovasi  
Batu 24 Jalan Dengkil  
43800 Dengkil  
Selangor Darul Ehsan

Tel : +603-89225888                      Faks : +603-89223685  
E-mel : [corporate@aelb.gov.my](mailto:corporate@aelb.gov.my)  
Web : [www.aelb.gov.my](http://www.aelb.gov.my)

**BAHAGIAN 1**  
**REKOD KESIHATAN CALON/PEKERJA SINARAN**  
 (Untuk diisi oleh calon sendiri)

**PERINGATAN** : Setelah diisi, bahagian ini hendaklah diserahkan kepada pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan semasa pemeriksaan. Segala maklumat yang diberikan di sini akan dirahsiakan dan anda dikehendaki bekerjasama untuk memberikan jawapan yang betul dan lengkap.

**KETERANGAN DIRI CALON/PEKERJA SINARAN**

Nama penuh (seperti dalam kad pengenalan):  
 MyKad/ Pasport :  
 Alamat tetap:  
 Tarikh dan tempat lahir:  
 Umur: Jantina:  
 Taraf perkahwinan: Bujang/Berkahwin/Duda/Janda Bangsa:  
 Tahun Perkahwinan: Bilangan Anak Kandung:  
 Jenis Pekerjaan sekarang:  
 Tugas berkaitan pendedahan radiasi:

**A. KESIHATAN CALON/PEKERJA**

<b>1. Sistem saraf</b>	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>	<b>ULASAN</b>
Adakah tuan/puan sedang/pernah menghidap:			
a. Kerap sakit kepala (Frequent Headaches)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b. Gangguan Pemikiran (Nervous Breakdown)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c. Pengsan/pitam (Fainting/spells)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
d. Penyakit Sawan (Convulsions or fits)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

<b>2. Sistem kardiovaskular</b>	<b>YA</b>	<b>TIDAK</b>	<b>ULASAN</b>
Adakah tuan/puan sedang/pernah menghidap:			
a. Sakit Jantung (Heart Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b. Tekanan Darah Tinggi (High Blood Pressure)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

c. Bengkak Kaki  
(Swollen ankles)   .....

Adakah tuan/puan ada :

d. Sejarah penggunaan antikoagulan  
History of anticoagulant usage   .....

**3. Sistem Pernafasan**

**YA**

**TIDAK**

**ULASAN**

Adakah tuan/puan sedang/pernah menghidap:

a. Lelah/Asma  
(Asthma)   .....

b. Batuk Kronik  
(Chronic Cough)   .....

c. Sesak Nafas  
(Shortness of Breath)   .....

d. Batuk Kering  
(Tuberculosis)   .....

**4. Sistem Gastrousus**

**YA**

**TIDAK**

**ULASAN**

Adakah tuan/puan sedang/pernah menghidap:

a. Penyakit Hati  
(Liver Disease)   .....

b. Karang Hempedu  
(Gall stones)   .....

c. Ulser Perut  
(Stomach Ulcer)   .....

d. Darah dalam najis  
(Blood in stools)   .....

e. Cirit – birit  
(Diarrhoea)   .....

**5. Sistem Muskuloskeletal:****YA****TIDAK****ULASAN**

Adakah tuan/puan sedang/pernah menghidap:

- |  |                          |                          |       |
|--|--------------------------|--------------------------|-------|
| a. Kecederaan di Tulang Belakang<br>(Spine Injury) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| b. Patah Tulang<br>(Fractures)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| c. Dislokasi berulang<br>(Recurrent Dislocation)   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| d. Kekacatan Anggota<br>(Deformity)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| e. Kerap Sakit Belakang<br>(Recurrent Backache)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| f. Sakit Sendi<br>(Joint Pain)                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |

**6. Sistem Urogenital:****YA****TIDAK****ULASAN**

Adakah tuan/puan sedang/pernah menghidap:

- |   |                          |                          |       |
|---|--------------------------|--------------------------|-------|
| a. Penyakit Buah Pinggang<br>(Kidney Disease) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| b. Penyakit Hernia<br>(Hernia)                | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |

**7. Lain - lain:**

a. Keadaan Pancaindera.

**NORMAL****TIDAK**Jika tidak, nyatakan  
tarikh dan butir-butir lanjut

- |                          |                          |                          |       |
|--------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| i. Rasa(Taste)           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| ii. Bau (Smell)          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| iii. Sentuhan (Touch)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| iv. Penglihatan (Vision) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| - Tanpa kacamata         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| - Dengan kacamata        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |

b. Adakah tuan/puan menghidap:	YA	TIDAK	ULASAN
i. Penyakit Tiroid (Thyroid Disease) - Bengkak Kelenjar Tiroid	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
ii. Kencing Manis (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
iii. Ruam Kulit (Skin Rashes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
iv. Kanser (Cancer) Sila nyatakan/Please specify : .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
v. Keguguran Rambut Berlebihan/Abnormal (Excessive/Abnormal Hair Loss)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

c. Adakah tuan/puan:	YA	TIDAK	ULASAN
i. Ketagihan Arak (Alcohol Addiction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
ii. Ketagihan Dadah (Drug Addiction)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
iii. Merokok (Smoker)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
iv. Menghidapi sebarang alahan (Have Allergies)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

d. Perihal rawatan:			
i. Pernahkah anda dimasukkan ke hospital Jika Ya, Sila Nyatakan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
ii. Adakah anda dalam rawatan doktor sekarang Jika ya, sila nyatakan .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

e. Pernahkah anda terdedah kepada sinaran radiasi :			
i. Pendedahan bagi Tujuan Perubatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
a. Diagnostik	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b. Rawatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
c. Lain – lain keadaan (sila nyatakan: .....) )	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....



ii. Pendedahan Pekerjaan

c. Apakah pekerjaan anda dahulu (jenis, tempat dan tarikh)

.....  
.....  
.....

b. Pernahkah anda terdedah kepada bahan kimia, biologi atau fizikal berbahaya semasa pekerjaan anda dahulu? Jika ya, sila nyatakan:

.....  
.....

**B. KESIHATAN CALON/ PEKERJA WANITA**

	YA	TIDAK	ULASAN
1. a. Adakah kedatangan haid anda teratur ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b. Adakah haid disertai dengan sakit -sakit belakang atau kekejangan otot (cramps) ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
2. a. Adakah anda sedang mengandung ?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....
b. Tarikh kehamilan yang terakhir (jika ada)			.....
c. Bilangan anak (Jika ada anak yang tidak normal sila nyatakan)			..... .....
d. Keguguran (jika ada)			.....
3. Pernahkah anda menerima rawatan untuk penyakit masalah kesuburan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	.....

### C. KESIHATAN KELUARGA

1. Adakah sebarang ahli keluarga anda pernah mengalami jenis –jenis penyakit berikut (jika diketahui)

- |                             |                          |                          |       |
|-----------------------------|--------------------------|--------------------------|-------|
| a. Kencing Manis (Diabetes) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| b. Tekanan darah tinggi     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| c. Sakit Jantung            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| d. Masalah kesihatan mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |
| e. Kanser                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | ..... |

### D. PENGAKUAN CALON/ PEKERJA

Saya ..... dengan ini mengaku bahawa segala maklumat yang diberikan di atas adalah benar dan lengkap mengikut pengetahuan saya.

Tarikh: .....

Tandatangan: .....

## BAHAGIAN II

### PEMERIKSAAN PERUBATAN PRA-PEKERJAAN/ KAJIAN SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/ PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\*

Nama & Alamat klinik/hospital yang menjalankan pemeriksaan:

.....  
 .....  
 .....  
 .....

PERINGATAN: Bahagian ini hendaklah diisi oleh Pegawai Perubatan yang menjalankan pemeriksaan perubatan terhadap pekerja sinaran, selepas penelitian Bahagian I.

Pegawai Perubatan hendaklah memastikan supaya pekerja sinaran yang diarah menjalani Ujian C, D, E dan F adalah orang yang sama diperiksa.

#### A. SEMAKAN ULASAN BAHAGIAN I

.....  
 .....  
 .....

#### B. PEMERIKSAAN FIZIKAL

Pemeriksaan Perubatan		*A,B,C,D				
Tarikh						
No	Butir-butir Pemeriksaan	Normal		Abnormal		Ulasan
1.	Anthropometri : a. tinggi (cm) b. berat (kg)					
2.	Pemeriksaan Am: a. Tekanan darah b. Nadi c. kalenjar limfa					
3.	Pemeriksaan mata: a. penglihatan tanpa kaca mata b. penglihatan dengan kaca mata (termasuk kanta lekap) c. pupil d. fundus e. colour vision	Kanan	Kiri	Kanan	Kiri	
4.	Telinga, Hidung dan Tekak					
5.	Mulut dan Gigi					
6.	Leher					
7.	Thyroid					
8.	Respiratori					
9.	Kardiovaskular					
10.	Abdomen					
11.	Kulit/ Rambut/ Kuku					
12.	Sistem Muskuloskeletal & Ekstremiti					
13.	Neurology					
14.	Lain -lain					

**C. LAPORAN PEMERIKSAAN X - RAY DADA ( Rujuk Lampiran A)**

<b>Pemeriksaan Perubatan</b>	<b>Bil</b>	<b>Tarikh</b>	<b>No. X ray</b>	<b>Tempat X ray Diambil</b>	<b>Penyata X ray (Lampiran C1)</b>
<b>Pra- Pekerja</b>	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
<b>Berkala</b>	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	7.				
	8.				
	9.				
	10.				
<b>Pra persaraan atau berhenti kerja</b>	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
<b>Khas</b>	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
<b>Selepas Bersara</b>	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
<p><b>Nota :</b>  Sebarang pemeriksaan x – ray dada yang diambil dalam jangkamasa tiga (3) bulan sebelum pemeriksaan dijalankan boleh digunakan untuk tujuan pemeriksaan ini.</p>					

**D. PEMERIKSAAN URIN**

<b>Pemeriksaan Perubatan</b>	<b>Bil</b>	<b>Tarikh</b>	<b>Butir – butir Pemeriksaan</b>
<b>Pra– Pekerjaan</b>	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
<b>Berkala</b>	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
	5.		
	6.		
	7.		
	8.		
	9.		
	10.		
<b>Pra persaraan atau berhenti kerja</b>	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
<b>Khas</b>	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
<b>Selepas Bersara</b>	1.		
	2.		
	3.		
	4.		

**E. PEMERIKSAAN DARAH (FBC/ FBP/ LFT/ RP/ TFT )**

<b>Pemeriksaan Perubatan</b>	<b>Bil</b>	<b>Tarikh</b>	<b>Keputusan</b>	<b>Ulasan</b>	<b>Tindakan</b>
<b>Pra- pekerjaan</b>	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
<b>Berkala</b>	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
	5.				
	6.				
	7.				
	8.				
	9.				
	10.				
<b>Pra persaraan atau berhenti kerja</b>	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
<b>Khas</b>	1.				
	2.				
	3.				
	4.				
<b>Selepas Bersara</b>	1.				
	2.				
	3.				
	4.				

**F. LAIN – LAIN YANG BERKAITAN**

<b>Pemeriksaan Perubatan</b>	<b>Bil</b>	<b>Tarikh</b>	<b>Ujian</b>	<b>Keputusan</b>
<b>Pra– Pekerjaan</b>	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
<b>Berkala</b>	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
	5.			
	6.			
	7.			
	8.			
	9.			
	10.			
<b>Pra persaraan atau berhenti kerja</b>	1.			
	2.			
	3.			
<b>Khas</b>	1.			
	2.			
	3.			
	4.			
<b>Selepas Bersara</b>	1.			
	2.			
	3.			
	4.			

**G. KEPUTUSAN PEMERIKSAAN KESELURUHAN**

	Pemeriksaan Perubatan (Tandakan yang berkenaan )	Tarikh	Keputusan Pemeriksaan keseluruhan (Catatan & Syor)	Pengesahan oleh Pegawai Perubatan :  Saya sahkan bahawa segala maklumat berkenaan pemeriksaan yang telah dibuat adalah benar dan betul. Maklumat pemeriksaan ini boleh digunakan oleh pihak berkuasa berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.
<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara				Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara				Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara				Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara				Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:



<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:

<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> Pra Pekerjaan <input type="checkbox"/> Berkala <input type="checkbox"/> Pra persaraan <input type="checkbox"/> Berhenti kerja <input type="checkbox"/> Khas <input type="checkbox"/> Selepas Bersara			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:

<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Pra Pekerjaan</b> <b>Berkala</b> <b>Pra persaraan</b> <b>Berhenti kerja</b> <b>Khas</b> <b>Selepas Bersara</b>			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Pra Pekerjaan</b> <b>Berkala</b> <b>Pra persaraan</b> <b>Berhenti kerja</b> <b>Khas</b> <b>Selepas Bersara</b>			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Pra Pekerjaan</b> <b>Berkala</b> <b>Pra persaraan</b> <b>Berhenti kerja</b> <b>Khas</b> <b>Selepas Bersara</b>			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Pra Pekerjaan</b> <b>Berkala</b> <b>Pra persaraan</b> <b>Berhenti kerja</b> <b>Khas</b> <b>Selepas Bersara</b>			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<b>Pra Pekerjaan</b> <b>Berkala</b> <b>Pra persaraan</b> <b>Berhenti kerja</b> <b>Khas</b> <b>Selepas Bersara</b>			Tandatangan:..... Nama:..... (Huruf Besar) No K/P:..... No.Pendaftaran MMC:..... No. Pendaftaran OHD(DOSH): ..... Cop Rasmi:

## Perincian Penemuan Pemeriksaan X –Ray Dada

Tarikh X – Ray Diambil : .....

	Components	Normal	Abnormal	Details (If Abnormal)
1.	Thoracic Cage			
2.	Soft tissue: e.g. breast shadows, neck, below diaphragm			
3.	Heart shape and size (CTR)			
4.	Lung Fields			
5.	Mediastinum and Hilar Region			
6.	Pleura /Hemidiaphragm/costophrenic angle			
7.	Other abnormalities			
8.	Comparison of previous abnormalities with present (if applicable)			
9.	Impression			

Tarikh X – Ray Diambil : .....

	Components	Normal	Abnormal	Details (If Abnormal)
1.	Thoracic Cage			
2.	Soft tissue: e.g. breast shadows, neck, below diaphragm			
3.	Heart shape and size (CTR)			
4.	Lung Fields			
5.	Mediastinum and Hilar Region			
6.	Pleura /Hemidiaphragm/costophrenic angle			
7.	Other abnormalities			
8.	Comparison of previous abnormalities with present (if applicable)			
9.	Impression			

Tarikh X – Ray Diambil :.....

	Components	Normal	Abnormal	Details (If Abnormal)
1.	Thoracic Cage			
2.	Soft tissue: e.g. breast shadows, neck, below diaphragm			
3.	Heart shape and size (CTR)			
4.	Lung Fields			
5.	Mediastinum and Hilar Region			
6.	Pleura /Hemidiaphragm/costophrenic angle			
7.	Other abnormalities			
8.	Comparison of previous abnormalities with present (if applicable)			
9.	Impression			

Tarikh X – Ray Diambil :.....

	Components	Normal	Abnormal	Details (If Abnormal)
1.	Thoracic Cage			
2.	Soft tissue: e.g. breast shadows, neck, below diaphragm			
3.	Heart shape and size (CTR)			
4.	Lung Fields			
5.	Mediastinum and Hilar Region			
6.	Pleura /Hemidiaphragm/costophrenic angle			
7.	Other abnormalities			
8.	Comparison of previous abnormalities with present (if applicable)			
9.	Impression			

Tarikh X – Ray Diambil : .....

	Components	Normal	Abnormal	Details (If Abnormal)
1.	Thoracic Cage			
2.	Soft tissue: e.g. breast shadows, neck, below diaphragm			
3.	Heart shape and size (CTR)			
4.	Lung Fields			
5.	Mediastinum and Hilar Region			
6.	Pleura /Hemidiaphragm/costophrenic angle			
7.	Other abnormalities			
8.	Comparison of previous abnormalities with present (if applicable)			
9.	Impression			

Tarikh X – Ray Diambil : .....

	Components	Normal	Abnormal	Details (If Abnormal)
1.	Thoracic Cage			
2.	Soft tissue: e.g. breast shadows, neck, below diaphragm			
3.	Heart shape and size (CTR)			
4.	Lung Fields			
5.	Mediastinum and Hilar Region			
6.	Pleura /Hemidiaphragm/costophrenic angle			
7.	Other abnormalities			
8.	Comparison of previous abnormalities with present (if applicable)			
9.	Impression			

Tarikh X – Ray Diambil :.....

	Components	Normal	Abnormal	Details (If Abnormal)
1.	Thoracic Cage			
2.	Soft tissue: e.g. breast shadows, neck, below diaphragm			
3.	Heart shape and size (CTR)			
4.	Lung Fields			
5.	Mediastinum and Hilar Region			
6.	Pleura /Hemidiaphragm/costophrenic angle			
7.	Other abnormalities			
8.	Comparison of previous abnormalities with present (if applicable)			
9.	Impression			

Tarikh X – Ray Diambil :.....

	Components	Normal	Abnormal	Details (If Abnormal)
1.	Thoracic Cage			
2.	Soft tissue: e.g. breast shadows, neck, below diaphragm			
3.	Heart shape and size (CTR)			
4.	Lung Fields			
5.	Mediastinum and Hilar Region			
6.	Pleura /Hemidiaphragm/costophrenic angle			
7.	Other abnormalities			
8.	Comparison of previous abnormalities with present (if applicable)			
9.	Impression			

### **BAHAGIAN III**

#### **SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN**

**(Untuk diisi oleh pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan)**

**PERINGATAN :**

Bagi setiap pemeriksaan perubatan, satu set (salinan asal dan pendua) surat pengesahan pemeriksaan perubatan ini hendaklah diisi oleh pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan.

Salinan asal surat pengesahan pemeriksaan perubatan tersebut yang telah diisi dengan lengkap hendaklah dihantar kepada pemegang lesen sama ada oleh pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan atau calon/pekerja yang berkenaan(mengikut mana yang sesuai).



**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRA-PEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh Pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKKP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.*

*Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan pekerja yang berkenaan.*



**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRAPEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa.....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.*

*Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan pekerja yang berkenaan.*

**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRA-PEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.  
Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*



**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRAPEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.  
Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*

**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRA-PEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.*

*Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan pekerja yang berkenaan.*





**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRAPEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.  
Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*

**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRA-PEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.*

*Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan pekerja yang berkenaan.*



**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRAPEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.  
Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*

**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRA-PEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.*

*Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*



**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRAPEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.  
Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*

**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRA-PEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- c. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- d. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKKP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.  
Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*





**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRAPEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.  
Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*

**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRA-PEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.*

*Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan pekerja yang berkenaan.*



**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRAPEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.*

*Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*

**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRA-PEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.*

*Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*



**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRAPEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.  
Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*



**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRA-PEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.*

*Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan pekerja yang berkenaan.*



**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRAPEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.  
Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*

**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRA-PEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKKP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.*

*Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*



**AKTA PERLESENAN TENAGA ATOM 1984  
PERATURAN-PERATURAN PERLESENAN TENAGA ATOM  
(PERLINDUNGAN SINARAN KESELAMATAN ASAS) 2010**

**SURAT PENGESAHAN PEMERIKSAAN PERUBATAN PRAPEKERJAAN/KAJIAN  
SEMULA KESIHATAN SECARA BERKALA/PEMERIKSAAN PERUBATAN APABILA  
DITAMATKAN KERJA ATAU BERSARA/PEMERIKSAAN PERUBATAN KHAS\***

Dengan ini saya mengesahkan bahawa .....  
.....(K/P:.....)  
adalah

- a. \*layak/tidak layak (dari segi perubatan) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(pemeriksaan perubatan prapekerjaan sahaja)*
- b. \*layak/tidak layak untuk terus menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion. *(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- c. tidak layak (buat sementara) untuk menjalankan kerja-kerja yang menggunakan sinaran mengion sehingga.....*(kajian semula kesihatan secara berkala atau pemeriksaan perubatan khas sahaja)*
- d. didapati kesihatannya \*terganggu/tidak terganggu oleh sinaran mengion dan \*memerlukan/tidak memerlukan pengawasan perubatan selepas \*pemberhentian kerja/persaraan. *(pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara sahaja)*
- e. (Catatan lain).....  
.....

Maklumat ini boleh digunakan oleh pihak Berkuasa Berkenaan dalam menjalankan kuasanya di bawah Akta Perlesenan Tenaga Atom 1984.

Pengamal Perubatan Berdaftar Yang Diluluskan:

Nama:.....  
No. K/Pengenalan:.....  
No. MMC:.....  
No. Pendaftaran JKPP:.....  
Alamat:.....  
.....  
Kelayakan:.....  
Tarikh:..... Tandatangan:.....  
Cop rasmi:

**Perhatian**

*\*Sila potong mana yang tidak berkenaan.  
Surat pengesahan ini (asal) yang telah diisi hendaklah dihantar kepada pemegang lesen untuk disimpan dalam rekod perubatan perkerja yang berkenaan.*

## RUJUKAN

Berikut adalah petikan/cabutan daripada peruntukan – peruntukan Akta 304 dan Peraturan – Peraturan Perlesenan Tenaga Atom (Perlindungan Sinaran Keselamatan Asas) 2010 yang berkaitan dengan keperluan pengawasan perubatan ke atas pekerja sinaran oleh pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan.

Nota Margin	Petikan/Cabutan	Akta 304	Peraturan – Peraturan Perlesenan Tenaga Atom (Perlindungan Sinaran Keselamatan Asas) 2010
Kesihatan dan Keselamatan	<p>Menyediakan pemeriksaan perubatan bagi pekerja itu oleh pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan pada lat – lat tempoh yang ditetapkan oleh pihak berkuasa berkenaan.</p> <p>Pihak berkuasa berkenaan boleh menurut budi bicaranya menghendaki pemegang lesen menyediakan pada lat – lat tempoh yang ditetapkan oleh pihak berkuasa berkenaan pemeriksaan perubatan oleh seseorang pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan bagi semua atau mana-mana daripada pekerja pemegang lesen yang terdedah atau mungkin terdedah kepada sinaran mengion.</p> <p>Mana – mana pengamal perubatan berdaftar yang menjalankan pemeriksaan perubatan di bawah sub – seksyen (2) (d) atau (3) hendaklah memberitahu pihak berkuasa berkenaan dalam borang yang ditetapkan mengenai tiap –tiap pekerja yang kesihatannya terganggu atau dipercayai dengan munasabahnya terganggu oleh sinaran mengion.</p>	<p>25(2)(d)</p> <p>25(3)</p> <p>25(4)</p>	
Pengawasan perubatan pekerja	<p>27. (1) Majikan hendaklah menyebabkan supaya pengawasan perubatan dijalankan terhadap pekerjaanya.</p> <p>(2) Pengawasan perubatan terhadap pekerja hendaklah dijalankan oleh seorang pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan.</p>		<p>27(1)</p> <p>27(2)</p>
Kuasa pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan	<p>28. Seorang pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan hendaklah mempunyai kuasa, atas alasan perubatan—</p> <p>(a) untuk mengisytiharkan seorang pekerja tidak layak buat sementara waktu untuk menjalankan kewajipan biasanya;</p> <p>(b) untuk menasihati majikan sama ada pekerja sebagaimana yang disebut dalam</p>		28(a)(b)(c)

Nota Margin	Petikan/Cabutan	Akta 304	Peraturan – Peraturan Perlesenan Tenaga Atom (Perlindungan Sinaran Keselamatan Asas) 2010
	perenggan (a) boleh kembali untuk menjalankan kewajipan biasanya; dan  (c) untuk menasihati majikan tentang pertukaran seorang pekerja untuk menjalankan kewajipan lain.		
Kehendak pengawasan perubatan	29. Pengawasan perubatan terhadap pekerja yang berikut hendaklah dijalankan, jika berkenaan:  (a) pemeriksaan perubatan prapekerjaan sebagaimana yang dinyatakan dalam peraturan 31;  (b) pengawasan kesihatan am sebagaimana yang dinyatakan dalam peraturan 32;  (c) kajian semula kesihatan secara berkala sebagaimana yang dinyatakan dalam peraturan 33; dan  (d) pemeriksaan perubatan apabila pekerjaan ditamatkan atau bersara sebagaimana yang dinyatakan dalam peraturan 34.		29 (a)(b)(c)(d)
Larangan mengambil pekerja untuk bekerja	30. (1) Tiada seseorang pun boleh mengambil kerja mana-mana orang sebagai seorang pekerja jika orang itu didapati tidak layak dari segi perubatan untuk menjadi seorang pekerja.  (2) Tiada seseorang pun boleh terus mengambil kerja seorang pekerja yang didapati tidak layak untuk bekerja sebagai seorang pekerja selepas suatu pengawasan perubatan dijalankan terhadapnya di bawah peraturan 29 atau selepas orang itu telah dinasihatkan di bawah perenggan 28(c).		30 (1)(2)
Pemeriksaan perubatan prapekerjaan	31. (1) Tiap-tiap orang yang akan diambil kerja di dalam suatu kawasan kawalan hendaklah menjalani suatu pemeriksaan perubatan prapekerjaan.  (2) Suatu pemeriksaan perubatan prapekerjaan hendaklah termasuk suatu siasatan terhadap sejarah perubatan orang itu, termasuk semua dedahan terdahulu yang diketahui kepada sinaran mengion akibat sama ada daripada pekerjaannya yang terdahulu atau daripada pemeriksaan perubatan atau rawatan yang terdahulu atau kedua-duanya, dan hendaklah juga termasuk apa-apa penyiasatan klinikal atau		31(1)(2)



Nota Margin	Petikan/Cabutan	Akta 304	Peraturan – Peraturan Perlesenan Tenaga Atom (Perlindungan Sinaran Keselamatan Asas) 2010
	penyiasatan lain yang perlu bagi menentukan keadaan kesihatan orang itu secara amnya.		
Pengawasan kesihatan am	<p>32. (1) Majikan atau pemegang lesen hendaklah memastikan bahawa seorang pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan diberi akses ke premis bekerja dan kepada apa-apa maklumat yang dikehendaki oleh pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan itu supaya dapat ditentukan keadaan kesihatan seorang pekerja yang sedang diawasi.</p> <p>(2) Dalam hal yang seorang pekerja atau lebih akan diguna khidmat dalam kerja yang melibatkan atau yang mungkin melibatkan dedahan daripada suatu sumber sinaran yang bukan di bawah kawalan majikannya, pemegang lesen yang bertanggungjawab bagi sumber sinaran itu hendaklah sebagai suatu prasyarat bagi guna khidmat itu membuat apa-apa persediaan khusus bagi pengawasan kesihatan dengan majikan yang diperlukan untuk mematuhi kehendak yang diwujudkan oleh pihak berkuasa yang berkenaan.</p>		32(1)(2)
Kajian semula kesihatan secara berkala	<p>33. (1) Majikan hendaklah memastikan bahawa kesihatan seorang pekerja selalu dikaji semula untuk menentukan sama ada pekerja itu masih layak untuk melaksanakan kewajibannya.</p> <p>(2) Sifat kajian semula kesihatan secara berkala itu hendaklah bergantung kepada jenis dan takat dedahan kepada sinaran mengion dan keadaan kesihatan pekerja itu secara individu.</p> <p>(3) Tanpa menjejaskan subperaturan (1) dan (2), keadaan kesihatan seorang pekerja hendaklah dikaji semula sekurang-kurangnya sekali dalam tempoh tiga tahun bagi seorang pekerja di dalam suatu kawasan kawalan dan lebih kerap jika keadaan dedahan dan keadaan kesihatan pekerja itu menghendaki sedemikian.</p>		33(1)(2)(3)
Pemeriksaan perubatan apabila ditamatkan kerja atau bersara	34. (1) Tiap-tiap pekerja yang telah menjalani pemeriksaan perubatan prapekerjaan di bawah peraturan 31 hendaklah menjalani suatu pemeriksaan perubatan apabila dia ditamatkan kerja		34(1)(2)(3)

Nota Margin	Petikan/Cabutan	Akta 304	Peraturan – Peraturan Perlesenan Tenaga Atom (Perlindungan Sinaran Keselamatan Asas) 2010
	<p>atau bersara, mengikut mana-mana yang berkenaan.</p> <p>(2) Pemeriksaan perubatan itu hendaklah dijalankan oleh seorang pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan yang hendaklah menyatakan, berdasarkan kepada pemeriksaannya terhadap pekerja itu, jika terdapat apa-apa keperluan untuk meneruskan pengawasan perubatan terhadap pekerja itu selepas penamatan kerja atau persaraan itu.</p> <p>(3) Tempoh pengawasan selepas penamatan kerja atau persaraan hendaklah selama yang difikirkan perlu oleh pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan yang menjalankan pemeriksaan yang disebut dalam subperaturan (1) supaya dapat memelihara kesihatan orang yang berkenaan.</p>		
Pemeriksaan perubatan, dsb.	35. Jika penyakit yang disebabkan oleh sinaran dan yang berhubungan dengan pekerjaan disyaki, majikan hendaklah menyediakan pemeriksaan perubatan, penyiasatan dan rawatan sebagaimana yang sesuai.		35
Pembayaran perbelanjaan perubatan	36. Pemeriksaan perubatan, penyiasatan dan rawatan hendaklah disediakan oleh majikan tanpa mengenakan apa-apa bayaran terhadap pekerja.		36
Peruntukan luar jangka bagi menjaga kesihatan pekerja	37. Sebagai tambahan kepada kajian semula kesihatan secara berkala sebagaimana yang diperuntukkan dalam peraturan 33, majikan hendaklah menyediakan peruntukan luar jangka bagi membolehkan pemeriksaan dan penyiasatan lanjut atau langkah dekontaminasi atau rawatan penyembuhan segera diusahakan apabila didapati perlu oleh seorang pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan.		37
Pekerja hendaklah diberitahu mengenai kesimpulan pemeriksaan perubatan dan penyiasatan	38. Jika seorang pengamal perubatan berdaftar yang diluluskan menjalankan apa-apa pemeriksaan perubatan dan penyiasatan terhadap seorang pekerja, dia hendaklah memberitahu pekerja itu mengenai kesimpulan yang diperoleh daripada pemeriksaan perubatan dan penyiasatan itu.		38

Nota Margin	Petikan/Cabutan	Akta 304	Peraturan – Peraturan Perlesenan Tenaga Atom (Perlindungan Sinaran Keselamatan Asas) 2010
Penyenggaraan rekod perubatan pekerja	<p>39. (1) Majikan dan pemegang lesen hendaklah menyimpan dan menyenggarakan suatu rekod perubatan bagi pekerjaanya selama tempoh dia terus menjadi pekerjaanya.</p> <p>(2) Rekod perubatan seorang pekerja adalah rahsia dan tiap-tiap orang yang mendapat akses kepadanya hendaklah mengekalkan kerahsiaan rekod itu.</p> <p>(3) Majikan hendaklah menyimpan rekod perubatan bagi seorang pekerja dalam bentuk dan mengikut cara sebagaimana yang ditentukan oleh pihak berkuasa yang berkenaan.</p> <p>(4) Rekod perubatan seorang pekerja hendaklah termasuk yang berikut:</p> <p>(a) maklumat mengenai sifat am kerja yang melibatkan dedahan pekerjaan;</p> <p>(b) maklumat mengenai dos, dedahan dan pengambilan pada atau di atas aras rakaman yang berkaitan dan data yang berdasarkan kepadanya penilaian dos dibuat;</p> <p>(c) keputusan mengenai pemeriksaan perubatan prapekerjaan;</p> <p>(d) keputusan mengenai pengawasan kesihatan am dan kajian semula kesihatan secara berkala;</p> <p>(e) rekod mengenai apa-apa dos, dedahan atau pengambilan akibat daripada campur tangan kecemasan atau kemalangan, yang hendaklah dibezakan daripada dos, dedahan atau pengambilan semasa pengendalian biasa termasuk rujukan kepada laporan mana-mana penyiasatan yang berkaitan;</p> <p>(f) bagi seorang pekerja yang didedahkan atau yang telah didedahkan dalam pekerjaannya semasa dia bekerja dengan lebih daripada satu majikan, maklumat tentang tarikh pekerjaannya dengan setiap majikan dan dos, dedahan dan pengambilan bagi setiap pekerjaannya;</p> <p>(g) sejarah mengenai dedahan sinaran bagi seorang pekerja yang telah bekerja di dalam kawasan kawalan di bawah pemegang lesen yang berlainan; dan</p>		39(1)(2)(3)(4) (5)(6)

Nota Margin	Petikan/Cabutan	Akta 304	Peraturan – Peraturan Perlesenan Tenaga Atom (Perlindungan Sinaran Keselamatan Asas) 2010
	<p>(h) keputusan mengenai pemeriksaan perubatan pada masa ditamatkan kerja atau bersara.</p> <p>(5) Majikan hendaklah dengan serta-merta memindahkan rekod perubatan bagi pekerja kepada pihak berkuasa yang berkenaan dalam semua atau mana-mana hal keadaan yang berikut—</p> <p>(a) selepas penamatan kerja atau persaraan pekerja itu;</p> <p>(b) apabila terhenti operasi majikan itu.</p> <p>(6) Walau apa pun subperaturan (5), jika terhenti operasi seorang majikan dan seorang majikan lain mengambil alih operasi itu, majikan yang terdahulu hendaklah memindahkan semua rekod perubatan bagi pekerja kepada majikan yang baru.</p>		