

**JABATAN KESELAMATAN DAN KESIHATAN PEKERJAAN**  
**BORANG PENDAFTARAN SEBAGAI PENGENDALI PERANCAH**

Gambar

**1.0 BUTIR-BUTIR PEMOHON**

- 1.1 Nama (huruf besar): .....
- 1.2 Tarikh lahir: ..... Tempat Lahir: .....
- 1.3 Jantina: ..... No. K.P. / Pasport : .....
- 1.4 Kewarganegaraan: ..... No. SOCSO: .....
- 1.5 Alamat rumah/pos: .....
- .....
- 1.6 No.Tel: .....
- 1.7 Pengalaman : .....

**2.0 BUTIR-BUTIR MAJIKAN**

- 2.1 Nama majikan: .....
- 2.2 No. Daftar. Sykt.: .....
- 2.3 Alamat: .....
- .....
- 2.4 No.Tel./Fax: .....

**3.0 LATIHAN**

- 3.1 Latihan berkaitan dengan Pengendali Perancah: (Nyatakan dan lampirkan salinan sah sijil)  
 .....
- .....
- 3.2 Kelulusan akademik yang tertinggi diperolehi: .....

**4.0 KELAS SIJIL**

Asas	Pertengahan	Tertinggi
------	-------------	-----------

**5.0 PENGAKUAN**

Saya,.....yang menandatangani di bawah,dengan ini mengaku bahawa saya mempunyai kesihatan dan keupayaan untuk mengendalikan perancah dengan selamat dan semua maklumat di dalam borang ini adalah benar.

Tandatangan pemohon: ..... Tarikh:.....  
 Nama: .....

Cop  
Syarikat

**PERMOHONAN SEBAGAI ORANG YANG KOMPETEN (PENGENDALI PERANCAH)**

**A. JENIS PERMOHONAN**

BARU

PEMBAHARUAN

JENIS KOMPETENSI

ASAS

PERTENGAHAN

TERTINGGI

**B. BUTIR-BUTIR PEMOHON**

No. K.P/Pasport/Polis/Tentera

Nama

Alamat

Poskod

Bandar

Negeri

**C. KELAYAKAN AKADEMIK/LATIHAN**

BIL	INSTITUT	BIDANG	TARAF	TAHUN

**\*Ruang Untuk Permohonan Baharu**

Kompetensi

Tarikh Luput Kompetensi

**D. PENGAKUAN**

Saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan adalah benar.

.....  
(Tandatangan Permohon)

Nama: .....

K/P: ..... Tarikh:.....

**D. MAKLUMAT PEGAWAI PERUBATAN YANG BIASA MERAWAT:**

*(Sebutkan nama dan alamat Pegawai Perubatan yang biasa merawat anda).*

Nama Pegawai Perubatan:.....

Alamat:.....

**A. PEMERIKSA PERUBATAN**

(UNTUK DIPENUH OLEH PENGAMAL PERUBATAN)

**BAHAGIAN I**

No. Pendaftaran pemohonan di klinik: ..... Tarikh pendaftaran: .....

Keadaan Umum: .....

Berat: ..... kg (\*Kurang dari 154 cm tidak layak) Ketinggian: ..... cm

**\*Pemeriksaan air kencing untuk albumin dan gula (Jika positif siasat selanjutnya).**

Tekanan darah: Sistolik: ..... Diastolik: .....

Kejituan penglihatan mengikut Carta Snellen (dalam meter)

Tanpa kacamata min. 6/60 Kanan: ..... Kiri: .....

Dengan kacamata min. 6/12 Kanan: ..... Kiri: .....

**JAWAPAN**

Sila tandakan X dalam ruang yang bersesuaian 'Ya' atau 'Tidak'

Bil	Perihal	Ya	Tidak	Catatan
1.	Ada kecacatan dalam penglihatan warna (carta istihara)			
2.	Ada kecacatan dalam penglihatan lapangan (field vision)			
3.	Ada bukti kecacatan sistem sarat			
4.	Ada bukti-bukti penyakit psikiatrik (psychiatric)			
5.	Adakah pemohon menunjukkan tanda-tanda peminum arak dan penyalahgunaan dadah			
6.	Ada ketidaksempurnaan dari/atau kecacatan fizikal			
7.	Ada bukti kelainan sistem kardiovaskular			
8.	Adakah pemohon mempunyai tekanan darah tinggi yang tidak terkawal			
9.	Adakah pemohon mengidap penyakit kencing manis yang tidak dikawal dengan sempurna			
10.	Ada kecacatan pendengaran			
11.	Ada bukti kelainan sistem respiratori			
12.	Siasatan lanjut yang dijalankan dan keputusannya: a: ..... b: ..... c: .....			
13.	Pandangan-pandangan lain oleh pengamal perubatan: ..... .....			

**Catatan: Kelewatan boleh berlaku kerana diperlukan siasatan lanjut.**

## BAHAGIAN II

Sila jawab soalan-soalan berikut berhubung dengan sejarah kesihatan anda. Tandakan 'X' dalam kotak ruangan yang sesuai 'Ya atau 'Tidak'. Jika 'Ya' jelaskan dalam ruangan catatan.

Adakah anda mempunyai sejarah atau sedang mengalami penyakit berikut:

Bil	Perihal	Ya	Tidak	Catatan
* 1.	Masalah			
	- Katarak			
	- Pandangan 'monocular'			
	- Lain-lain yang menyebabkan halangan pandangan			
* 2.	Tidak dapat mengenalpasti warna-warna asas (primer)[merah, hijau, kuning ( <i>amber</i> )]			
3.	Sukar melihat dalam gelap			
* 4.	Apa-apa jenis sawan atau kekejangan			
5.	Kecederaan berat di kepala			
*6.	Serangan pening atau pening			
7.	Sakit kepala yang berat atau 'migrane'			
8.	Pembedahan otak yang 'major'			
*9.	'Stroke'(dengan kecacatan 'residual')			
*10.	Kencing manis dalam rawatan insulin			
*11.	Penyakit mental			
12.	Penyalahgunaan arak dalam masa 5 tahun yang lalu			
*13.	Penyalahgunaan dadah dalam masa 5 tahun yang lalu			
14.	Kecacatan tulang belakang			
*15.	Ketidaksempurnaan atau kecacatan anggota			
	- pergerakan sendi yang terhad			
	- kecacatan anggota yang berat			
	- 'amputation' yang berat			
16.	Penyakit jantung/tekanan darah tinggi/debaran jantung			
17.	Sesak nafas/muntah darah/batuk kronik			
18.	Pekak			
	- Pekak tuli			
*19.	Penyakit buah pinggang yang kronik			
20.	Apa-apa rawatan yang berulang			
21.	Apa-apa penyakit atau kecederaan yang tidak dinyatakan di atas			

Saya dengan ini mengisytiharkan bahawa saya telah dengan teliti mengambil kira kenyataan yang dibuat di atas dan saya percaya ianya lengkap dan tepat. Saya seterusnya mengisytiharkan bahawa saya tidak menyembunyikan apa-apa maklumat atau membuat apa-apa kenyataan palsu. Saya memberi izin kepada pengamal perubatan yang memeriksa untuk berkomunikasi dengan mana-mana pengamal perubatan yang memeriksa saya dan JKPP, dalam hal-hal yang boleh memberikan kesan ke atas kesesuaian untuk mengendalikan perancah dalam perkara-perkara yang berkaitan dengan permohonan saya sebagai Orang Yang Kompeten (Pengendali Perancah).

Tandatangan pemohon: ..... Tarikh diperiksa: .....

Nama (*dalam huruf besar*): ..... No. Kad Pengenalan: .....

Disaksikan oleh (Dr): ..... Tempat diperiksa:.....

Cop nama dan jawatan: ..... Tarikh:..... Masa:.....

*\* Keadaan berikut adalah diambil kira sebagai sepenuhnya tidak layak sebagai Orang Yang Kompeten (Pengendali Perancah)*

### BAHAGIAN III

#### KEPUTUSAN PEMERIKSAAN PERUBATAN

Saya sahkan bahawa saya pada hari ini telah memeriksa pemohon .....  
No.Kad Pengenalan ..... Jawapan kepada soalan-soalan di atas adalah benar setakat yang saya ketahui dan percaya. Daripada pemerhatian dan pemeriksaan perubatan ,saya dapati pemohon dari segi fizikal dan mental.

	<b>LAYAK</b>
--	--------------

	<b>TIDAK LAYAK SEMENTARA</b>
--	------------------------------

	<b>TIDAK LAYAK</b>
--	--------------------

*\*Definisi tidak layak sementara: apa-apa keadaan perubatan 'reversible' untuk mengendali perancah dengan selamat.*

Tandatangan pengamal perubatan: .....

Nama dan kelayakan pengamal perubatan: .....

No. Pendaftaran MMC : .....

Alamat: .....

No. Pendaftaran Klinik: .....

Tarikh: ..... Bayaran Yang Dikenakan: ..... No. Resit: .....

**UNTUK KEGUNAAN JKPP**