



ALAMAT/ADDRESS: PUSAT DIALISIS AMAL MAAEDICARE,
No 3, 3A, 5 & 5A, Jalan Perniagaan Masria 1, Pusat Perniagaan Masria, Batu 9, Jalan Cheras, 43200 Cheras, Selangor
Tel : (016) 3398765 Fax : (603) 9222 0113

PEJABAT SEKRETARIAT: MAAEDICARE CHARITABLE FOUNDATION
SECRETARIAT OFFICE: Tingkat 2, Wisma MAA-MEDICARE, No 183, Jalan Sultan Azlan Shah, 51200 Kuala Lumpur.
Tel : (603) 4044 4468 Fax : (603) 4043 4468

PERMOHONAN UNTUK PROGRAM HEMODIALISIS
APPLICATION FOR HEMODIALYSIS PROGRAM

POLISI PEMILIHAN PESAKIT-PESAKIT

1. Pesakit-pesakit yang telah disahkan ESRD perlu diperiksa tahap kesihatannya terlebih dahulu oleh pakar nefrologi dari hospital-hospital awam dan swasta. Maklumat lengkap hasil dari pemeriksaan ini adalah penting sebelum pesakit menerima atau menjalankan rawatan hemodialisis di PUSAT DIALISIS AMAL MAAEDICARE.
2. Pesakit perlu menjalani pemeriksaan saringan di PUSAT DIALISIS AMAL MAAEDICARE selepas penerimaan borang permohonan.
3. Pesakit-pesakit yang didapati memenuhi kriteria asas penapisan perubatan selanjutnya akan dirujuk kepada pegawai PUSAT DIALISIS AMAL MAAEDICARE untuk pemeriksaan perubatan serta penilaian status kewangan dan sosial mereka.
4. Pesakit perlu mendapatkan persetujuan dari pakar nefrologi pelawat, pegawai perubatan atau ketua pegawai eksekutif sebelum diterima masuk.
5. Pesakit-pesakit yang terpilih untuk menjalani rawatan di pusat ini diestimakan menandatangani perjanjian dengan Yayasan Amal MAAEDICARE.

Syarat-syarat pemilihan

1. Pemohon mestilah warganegara Malaysia. Pemohon warganegara asing tertakluk kelulusan pihak pengurusan dan kekosongan.
2. Pemohon mestilah berumur 18 tahun dan ke atas.
3. Pemohon mestilah berkeupayaan untuk bergerak sendiri dan mempunyai akses vascular (vascular access) yang berfungsi.
4. Pemohon mestilah mengisi dengan lengkap borang permohonan untuk program hemodialisis.
5. Pemohon mestilah bersetuju untuk menerima kunjungan kakitangan sosial/pegawai dari PUSAT DIALISIS AMAL MAAEDICARE ke rumah pemohon bagi tujuan untuk memastikan kebenaran maklumat yang telah diberikan.
6. Pemohon berkemampuan membayar deposit serta kos rawatan yang ditentukan oleh pihak Yayasan Amal MAAEDICARE. Jumlah bayaran ini tertakluk kepada perubahan oleh pihak pengurusan dan hendaklah dibayar sebelum setiap rawatan dimulakan.
7. Pemohon yang terpilih mestilah bersetuju untuk menjalani rawatan dialisis di PUSAT DIALISIS AMAL MAAEDICARE pada tarikh dan waktu yang ditetapkan sekurang-kurangnya TIGA KALI rawatan seminggu, 4 jam setiap rawatan.
8. Pemilihan semula pesakit akan dinilai pada setiap 12 bulan untuk menentukan kelayakan pemohon meneruskan program rawatan hemodialisis di PUSAT DIALISIS AMAL MAAEDICARE.
9. Program rawatan hemodialisis bagi setiap pesakit boleh ditamatkan jika :
 - 12.1 Pesakit berkenaan gagal untuk hadir rawatan lebih dari 3 kali berturut-turut tanpa alasan yang munasabah.
 - 12.2 Keadaan kesihatan terjejas ke tahap tidak stabil dan merbahaya seperti sakit jantung, stroke dan sebagainya.
 - 12.3 Pesakit berkenaan tidak memberi kerjasama atau gagal mematuhi peraturan dan syarat-syarat kemasukan di dalam perjanjian yang telah dimeterai dengan Yayasan Amal MAAEDICARE.
 - 12.4 Pesakit tidak membayar atau tidak mampu membayar kos rawatan dialisis seperti yang telah ditetapkan.

Nama pemohon:

Name Application:

No KP:

IC No:

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT/ OFFICIAL USE ONLY :

PERKARA /PARTICULARS	TARIKH TEMUJANJI/APPOINTMENT DATE
Pemeriksaan Perubatan Oleh Nefrologi/PIC <i>Review by Nephrologists/PIC.</i>	
Kaunseling Pra-kemasukan oleh pengurus <i>Pre-admission counselling by centre manager</i>	
Dihantar Untuk Kelulusan. <i>Sent For Approval.</i>	

PERMOHONAN UNTUK PROGRAM HEMODIALISIS
APPLICATION FOR HAEMODIALYSIS PROGRAM

PART 1

1. MAKLUMAT PERIBADI/ PERSONAL INFORMATION

Nama Penuh (Encik/Puan/Cik): <i>Full Name (Mr/Mrs/Miss/Mdm) /</i>		No KP / Passport <i>(IC ,passport)</i>	
Alamat/ <i>Address :</i>			
Poskod / <i>Postcode:</i>		Tel. No / No Tel :	
Tarikh Lahir: <i>Date of Birth/</i>	Umur/ <i>Age:</i>	Jantina/ <i>Gender:</i>	
Warganegara/ <i>Nationality:</i>		Bangsa/ <i>Race:</i>	
Taraf Perkahwinan (Bujang / Berkahwin / Tinggal Berasingan / Bercerai / Duda / Janda): <i>Marital Status (Single / Married / Separated / Divorced / Widowed) :</i>			

Lekatkan sekeping gambar terbaru anda di sini

Attach a recent photograph of yourself here

2. MAKLUMAT PEKERJAAN /DETAILS OF EMPLOYMENT

Pekerjaan Sekarang : <i>Present Employment:</i>	Pendapatan Bulanan (Kasar) : <i>Monthly Income (Gross):</i>
Nama majikan/ <i>Name of Employer:</i>	
Alamat/ <i>Address:</i>	
No tel/ <i>Tel. no:</i>	
Jika tidak bekerja sila nyatakan/ <i>If Unemployed, Please State:</i>	
Sejak/ <i>Since</i> (Tarikh/ <i>Date</i>) : _____ Sebab/ <i>Reason:</i> _____	
Punca sarahidup/ <i>Means of Support :</i>	

Nama orang yang menyara anda/ <i>Name of person providing support:</i>	
_____ No Tel/ <i>Tel no:</i> _____	
Pekerjaan terdahulu/ <i>Past Employment:</i> _____ Gaji terakhir/ <i>Last Drawn Salary:</i> _____	

3. LATARBELAKANG PENDIDIKAN /EDUCATIONAL BACKGROUND

Peringkat Sekolah <i>School Level</i>	Nama sekolah/kolej.universiti <i>Name of School, college,university</i>	Tahun <i>Year</i>		Kelulusan diperolehi <i>Qualification Obtained</i>
Rendah/ <i>Primary</i>				
Menengah/ <i>Secondary</i>				
Kolej,Universiti <i>/College,University</i>				
Lain-lain/ <i>Others</i>				

8. **PENAKUAN: Saya mengaku bahawa /DECLARATION: I declare that:**

1. **Saya telah baca, faham dan bersetuju untuk mematuhi segala syarat-syarat yang telah ditetapkan**
I have read, understood and agreed to comply with the terms and conditions.
2. **Semua maklumat yang diberi di dalam borang ini adalah benar dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat yang dikehendaki.**
All the particulars given in this form are true and I have not suppressed and information requires.
3. **Saya sedia maklum bahawa jika permohonan ini berjaya, saya akan diterima untuk program ini hanya untuk selama setahun sahaja dan akan dinilai semula selepas tempoh berkenaan tamat.**
I am aware that if my application is successful, I will be accepted in the programme for only one year. Thereafter my application will be reconsidered.
4. **Sebaik sahaja saya diterima, saya bersetuju untuk membayar wang deposit sebanyak RM _____ dan menjelaskan amaun yang ditetapkan bagi tiap-tiap rawatan dialisis dan saya faham bahawa bayaran yang dikenakan tertakluk kepada perubahan oleh pengurusan Yayasan Amal MAAedicare.**
Upon acceptance I agree to pay an initial deposit of RM _____ and to pay subsequent treatment fee imposed to me before start each dialysis and I understand that this fee is subject to change by the MAAedicare Charitable Foundation as and when it deems necessary.
5. **Saya faham bahawa saya akan membayar segala bayaran rawatan tertunggak jika ditamatkan rawatan oleh Yayasan Amal MAAedicare. Saya juga sedar bahawa Yayasan Amal MAAedicare berhak mengambil tindakan undang-undang terhadap saya jika saya gagal menjelaskan bayaran yang tertunggak.**
I understand that I shall pay all outstanding fees upon termination of dialysis by MAAedicare Charitable Foundation. I am also aware that MAAedicare Charitable Foundation shall take legal action against me if I fail to pay the outstanding fees.
6. **Saya membenarkan Yayasan Amal MAAedicare menghebahkan permohonan saya ini di media tempatan,**
I am prepared to allow MAAedicare Charitable Foundation to publicize my application in the local media.
7. **Jika saya didapati menyembunyikan sebarang maklumat atau memberi maklumat yang palsu, MAAedicare mempunyai hak untuk menamatkan rawatan yang diberikan ke atas saya.**
If I have suppressed any information or given any incorrect information, MAAedicare reserves the right to discontinue providing treatment to me.

Cap Ibu Jari Kanan / Tandatangan
Right Thumb Print / Signature

Saksi Oleh : _____
Witness by:

Nama/Name : _____

Alamat/Address : _____

Tarikh/Date : _____

No Tel/Tel No : _____

JAMINAN BANTUAN KEWANGAN

Saya faham bahawa masalah buah pinggang di Malaysia adalah merupakan satu masalah yang perlu ditanggung bersama oleh masyarakat dan keluarga dan bukan hanya ditanggung oleh pesakit sahaja.

Sehubungan ini, saya bersetuju untuk membiayai Encik/Puan/Cik _____
No. K/P _____ bagi tujuan pembayaran kos rawatan dialisis beliau. Saya akan membayar
RM _____ bagi jumlah pembayaran bulanan atau sebahagian dari jumlah bayaran bulanan dan saya akan
bertanggungjawab ke atas sebarang masalah yang timbul berkaitan dengan kos rawatan pesakit ini.

Saya faham betapa pentingnya kewajipan setiap pesakit menjelaskan segala pembayaran yang berkaitan, dan sekiranya pesakit tidak dapat membuat pembayaran yang tersebut, saya memberi jaminan untuk membayar bagi pihak pesakit.

Saya juga sedar bahawa kemampuan pusat rawatan tuan untuk merawat lebih ramai pesakit buah pinggang terletak sepenuhnya di atas komitmen dan sokongan setiap pesakit untuk membuat segala pembayaran rawatan yang berkaitan dengan sempurna.

Oleh itu, saya faham sepenuhnya bahawa kegagalan untuk membuat pembayaran boleh menyebabkan pesakit diberhentikan dari program ini untuk membolehkan lebih ramai pesakit yang berkecukupan menjalani rawatan dialisis.

AN UNDERTAKING OF FINANCIAL SUPPORT

I understand that the kidney problem in Malaysia is one that is shared by the community and the family, and not solely borne by the kidney victim himself.

As such, I agree to support Mr/Mrs/Miss/Madam _____
NRIC No _____ with regards to the patient's payment or dialysis fees to the MAAedicare
Charity Dialysis Centre. I will pay RM _____ towards the monthly charges of the patient and I undertake
that I will responsible to make good any default of payment to the MAAedicare Charity Dialysis Centre by the said patient.

I understand that the onus lies on the patient to keep up with his payment promptly and regularly, but in the event he is unable to make payment, I undertake to do so for him.

I realize that the ability of the Centre to treat the majority of kidney patients rests on the commitment each patient makes to pay his dialysis fees regularly.

I therefore understand that failure to make payment may lead to the patient being terminated from the program that strives to put as many more needy patients on dialysis as possible.

Nama / Name: _____ No. KP / NRIC : _____

Umur/Age : _____ Jantina/Gender: _____

Alamat/Address: _____

No tel/Tel no : _____ Pekerjaan/Occupation: _____

Nama majikan/Employer's name: _____

No tel/Tel no: _____

Hubungan dengan pesakit/Relationship to patient: _____

Tandatangan/Signature: _____

Tarikh/Date: _____

QUESTIONNAIRE (Please complete in full)

	YES	NO	SPECIFY
1. Is the patient mentally or educationally impaired?			_____
2. Is the patient ambulant?			_____
3. Does the patient suffer any vision, hearing or physical disability?			_____
4. Does the patient have other significant disease(s) that would mitigate against response to treatment? If yes, please specify			_____
- coronary artery disease			_____
- cerebrovascular disease			_____
- peripheral vascular disease			_____
- chronic pulmonary disease			_____
- chronic hepatic disease			_____
- diabetes mellitus			_____
- malignancy			_____
- other systemic disease			_____
5. Has the patient had any previous surgery (including transplantation)?			_____
6. Has the patient undergone peritoneal dialysis? If yes, please specify			_____
- Acute			
- Chronic			
7. Has the patient been considered for transplantation? If yes, please specify			
- living related			
- cadaveric			
8. Is patient likely to be medically fit to work?			_____
9. Is patient planned for long term PD treatment?			_____

VASCULAR ACCESS: NO / YES

Type	Date	Location	Functional status
AV Fistula			
AV Graft			
Catheter			

PRESENT MODE OF TREATMENT

(A) Conservative IPD CCPD CAPD Haemodialysis

(B) Date of first dialysis _____

Place of current dialysis _____

Frequency of dialysis _____

(Note: The initial 2-3 dialysis sessions should be undertaken in a hospital-based Centre rather than minimal care facility.)

Latest blood investigation

	Results	Date
Hemoglobin (g/dl)		
Urea (mmol)		
Creatinine (umol)		
Calcium (mmol)		
Phosphate (mmol)		
ALT (IU/L)		
ALP (IU/L)		
HBsAg (IU/L)		
HBsAb (IU/L)		
Hep C Ab (IU/L)		
HIV Ab (IU/L)		

Has the patient been vaccinated against Hepatitis B? (If yes, please indicate date given and total number of doses given so far)

Current medication

Other medical information which maybe of relevance to patient's treatment.

Name of referring nephrologist/Chop

Signature/date

APPLICATION FOR HAEMODIALYSIS PROGRAM

Name of Patient: _____

NRIC: _____

No.	Item	Date Received	Remarks
1.	Application Form		
2.	Nephrologist's Report		
3.	Sponsorship Letter		
4.	PIC/In house doctors note		
5.	Others		

FOR APPROVAL BY VISITING NEPHROLOGIST/ MEDICAL DOCTOR / PIC / CEO

Approve by: _____
(Name / Designation)

Signature: _____

Date: _____

REMARKS:

FOR CENTRE MANAGER USE

Date of Start Dialysis : _____

Dialysis Centre : _____

RN number : _____

Patient Level : _____

Sponsor/s : _____

Date orientation done: _____

Date patients agreement signed: _____

Date informed consent signed : _____

Date NRR notification form sent: _____