

SOSIODEMOGRAFI [Di isi oleh peg. kajiselidik]

1. Nama penuh responden: _____

2. No. kad pengenalan: _____

3. Tarikh lahir : 4. Umur tahun5. No. Talipon 6. Alamat rumah: _____
_____7. Jantina ☐ 1 Lelaki ☐ 2 Perempuan8. Bangsa ☐ Nyatakan _____

9. Ahli keluarga

	Nama	Bangsa	Tempat lahir
Bapa			
Ibu			
Datuk			
Nenek			

10. Agama ☐ 1 Islam ☐ 2 Buddha ☐ 3 Kristian
☐ 4 Hindu ☐ 5 Sikh ☐ 6 Lain-lain
Nyatakan _____

11. Pekerjaan

- ☐ 1 Penggubal undang-undang, pegawai kanan & pengurusan
☐ 2 Professional, juruteknik & professional bersekutu
☐ 3 Perkeranian
☐ 4 Pekerja perkhidmatan, kedai & jurujual
☐ 5 Pekerja mahir, pertanian & perikanan
☐ 6 Pekerja pertukangan & berkaitan
☐ 7 Operator loji, mesin & pemasangan
☐ 8 Pekerjaan asas _____ (nyatakan)

12. Tahap pendidikan tertinggi

- ☐ 1 Tiada persekolahan formal ☐ 2 Tidak tamat sekolah rendah
☐ 3 Tamat sekolah rendah ☐ 4 LCE/ SRP/ PMR
☐ 5 MCE/ SPM ☐ 6 STPM/Sijil/ Diploma
☐ 7 Ijazah ☐ 8 Ijazah lanjutan

13 Purata pendapatan bulanan isi rumah _____ (nyatakan)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> 1 RM 415 dan kurang | <input type="checkbox"/> 2 RM 416 – RM 690 |
| <input type="checkbox"/> 3 RM 691 – RM 1000 | <input type="checkbox"/> 4 RM 1000 – RM 5000 |
| <input type="checkbox"/> 5 RM 5000 – RM 10 000 | <input type="checkbox"/> 6 Lebih dari RM 10 000 |

13 Status perkahwinan ☐ 1 Kahwin ☐ 2 Bujang ☐ 3 Duda / Janda/ Balu

13.1 Jika berkahwin dan mempunyai anak, sila senaraikan nama anak-anak

13.2 Bilangan anak yang telah meninggal dunia (jika ada): _____ Umur: _____

13.3 Jika lelaki, nyatakan bilangan isteri: _____

13.4 Bagi ibu-ibu, nyatakan tempat anak dilahirkan:

- | | | |
|--|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Rumah sendiri | <input type="checkbox"/> Rumah bidan | <input type="checkbox"/> Klinik/pusat perubatan |
|--|--------------------------------------|---|

13.5 Siapakah yang membantu kelahiran anak anda?

- | | |
|--------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Bidan | <input type="checkbox"/> Jururawat/Doktor |
|--------------------------------|---|

14. Sejarah Pemakanan / Diet

14.1 Berapa kalikah anda makan dalam sehari? _____

14.2 Tandakan apa yang anda makan dan berapa kerap anda memakannya seminggu?

- | | | |
|----|--------------------------|-------|
| A. | Nasi | _____ |
| B. | Roti | _____ |
| C. | Ikan/makanan laut | _____ |
| D. | Sayur | _____ |
| E. | Ubi | _____ |
| F. | Daging | _____ |
| G. | Jika lain lain, nyatakan | _____ |

14.3 Kekerapan anda

	Tidak Pernah	Jarang- jarang	Kadang- kadang	Kerap-kali	Selalu
Makan sarapan					
Makan tengahari					
Makan malam					
Makan kuih muih diantara waktu makan					
Minum minuman bergas					
Makan makanan segera seperti burger					
Makan makanan bersantan					
Makan sayuran					
Makan buah-buahan					
Minum minuman beralkohol					
Makan semasa menonton TV					
Makan sireh					
Makan pianang					
Berjalan kaki					
Berkebun					
Berbasikal					

15. Adakah anda terdedah kepada mataharijam/sehari.

Terimakasih atas kerjasama anda.

PHYSICAL EXAMINATION

Height [m]

Weight [kg]

BMI

Unspecified

Waist circumference [cm]

Neck circumference [cm]

Pulse rate:

bpm

Right Arm

Systolic blood pressure

Time	Reading [mmHg]	Mean [mmHg]
1		
2		

Diastolic blood pressure

Time	Reading [mmHg]	Mean [mmHg]
1		
2		

Left arm

Systolic blood pressure

Time	Reading [mmHg]	Mean [mmHg]
1		
2		

Diastolic blood pressure

Time	Reading [mmHg]	Mean [mmHg]
1		
2		

TO BE FILLED BY RESEARCH MEDICAL OFFICER / SPECIALIST	
SEJARAH PERUBATAN [Di isi oleh peg.kajiselidik]	
1. Penyakit yang telah dikenalpasti	
<input type="checkbox"/>	1. Diabetes mellitus (jika ya nyatakan jangkamasa) _____
<input type="checkbox"/>	2. Darah tinggi (jika ya nyatakan jangkamasa) _____
<input type="checkbox"/>	3. Penyakit jantung koronori
<input type="checkbox"/>	4. Asma
<input type="checkbox"/>	5. TB
<input type="checkbox"/>	6. Lain-lain _____
2. Adakah anda pernah ke klinik /pusat kesihatan?	
<input type="checkbox"/> Ya	<input type="checkbox"/> Tidak, jika tidak, siapakah yang anda jumpa jika sakit _____
3. Ubat-ubatan yang sedang diambil	
1.
2.
3.
4.
5.
6.
7.
8.
4. Sejarah penyakit keluarga [ibu/bapa, adik beradik, anak]	
<input type="checkbox"/> 1 Kencing manis	<input type="checkbox"/> 2 Darah tinggi <input type="checkbox"/> 3 Sakit jantung koronari
<input type="checkbox"/> 4 Asma	<input type="checkbox"/> 5 TB <input type="checkbox"/> 6 Lain-lain.....
5. Sejarah merokok	
<input type="checkbox"/> 1 Masih merokok	<input type="checkbox"/> 2 Sudah berhenti <input type="checkbox"/> 3 Tidak pernah merokok
<input type="checkbox"/> 4 Perokok pasif	
5.1 Jika masih merokok	a) umur mula merokok b) batang/hari
5.2 Jika telah berhenti - dari tahun / bulan	<input type="text"/>
6. Adakah anda meminum alkohol/arak?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
6.1 Jika ya, berapa kerap?	_____

7. Lebih berat badan dan gemuk dalam keluarga [ibu/bapa, adik beradik, anak]

- ☐ 1 Ya Nyatakan ☐ a) ibu/bapa ☐ b) adik beradik ☐ c) anak
☐ 2 Tiada

Untuk wanita

8. Kitaran haid

- ☐ 1 Tetap ☐ 2 Tidak tetap ☐ 3 berhenti haid < 6 bln ☐ 4 (menopos) berhenti haid > 6 bln

9. Sejarah amalan perancang keluarga

- ☐ 1 Tidak pernah ☐ 2 Pernah ☐ 3 Sedang mengamalkan

Jenis perancang keluarga yang sedang diamalkan atau pernah digunakan. Sila nyatakan tahun dan jangkamasa penggunaan jika pernah guna sebelum ini

1.
2.
3.
4.

10. Sejarah diabetes semasa mengandung

- ☐ 1 Ya Tahun diagnosa ☐ 2 Tidak

DIABETES

- Is the subject on any medication for diabetes?
☐ No ☐ Diet only ☐ Glucose lowering agent[specify below]

<input type="checkbox"/> Insulin
<input type="checkbox"/> Meglitinides
<input type="checkbox"/> Biguanides
<input type="checkbox"/> Sulphonylureas
<input type="checkbox"/> Thiazolidinediones
<input type="checkbox"/> Incretin- based medications
<input type="checkbox"/> Others
<input type="checkbox"/> Don't know/Unspecified

- Has the subject been informed of any diabetes-related complication by his/her doctor?

↳ If Yes, specify

- | | | |
|---|----------------|--|
| <input type="checkbox"/> Eye | specify | <input type="checkbox"/> Laser treatment |
| <input type="checkbox"/> Kidney | specify | <input type="checkbox"/> Blindness |
| <input type="checkbox"/> Foot ulcer | | <input type="checkbox"/> Dialysis |
| <input type="checkbox"/> Amputation | | |
| <input type="checkbox"/> Nerve | | |
| <input type="checkbox"/> Erectile dysfunction | | |

<ul style="list-style-type: none"> • Is the subject taking any traditional medication for diabetes? <div style="display: flex; justify-content: space-between; align-items: flex-start; margin-top: 5px;"> <div style="text-align: left;"> <input type="checkbox"/> Yes , please specify _____ </div> <div style="text-align: right;"> <input type="checkbox"/> No </div> </div> 																
DYSLIPIDEMIA																
<ul style="list-style-type: none"> • Has the patient been told to have abnormal lipid level? <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No </div> • Is the subject on any lipid-lowering medication? <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No </div> <div style="margin-top: 5px;"> ↳ If Yes, please specify: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; margin-top: 5px;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Statins</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Fibrates</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Ezetimibe</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Nicotinic Acid</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Resins</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Other</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Don't know/Unspecified</td></tr> </table> </div> 		<input type="checkbox"/> Statins	<input type="checkbox"/> Fibrates	<input type="checkbox"/> Ezetimibe	<input type="checkbox"/> Nicotinic Acid	<input type="checkbox"/> Resins	<input type="checkbox"/> Other	<input type="checkbox"/> Don't know/Unspecified								
<input type="checkbox"/> Statins																
<input type="checkbox"/> Fibrates																
<input type="checkbox"/> Ezetimibe																
<input type="checkbox"/> Nicotinic Acid																
<input type="checkbox"/> Resins																
<input type="checkbox"/> Other																
<input type="checkbox"/> Don't know/Unspecified																
WEIGHT CONTROL																
<ul style="list-style-type: none"> • Is the subject on any weight-reducing agent? <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No </div> <div style="margin-top: 5px;"> ↳ If Yes, please specify below </div> • Has the subject ever joined any weight reduction program? <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No </div> • Has the subject tried to reduce weight? <div style="display: flex; justify-content: flex-end; align-items: center; margin-top: 5px;"> <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No </div> <div style="margin-top: 10px;"> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td><input type="checkbox"/> Orlistat</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Sibutramine</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/> Traditional/Alternative medicine</td></tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Other → Specify:</td> <td style="border: none; text-align: right;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: none; text-align: right;">Medication (generic name)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: none; text-align: right;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: none; text-align: right;">Medication (generic name)</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: none; text-align: right;">.....</td> </tr> <tr> <td></td> <td style="border: none; text-align: right;">Medication (generic name)</td> </tr> </table> </div> 		<input type="checkbox"/> Orlistat	<input type="checkbox"/> Sibutramine	<input type="checkbox"/> Traditional/Alternative medicine	<input type="checkbox"/> Other → Specify:		Medication (generic name)			Medication (generic name)			Medication (generic name)
<input type="checkbox"/> Orlistat																
<input type="checkbox"/> Sibutramine																
<input type="checkbox"/> Traditional/Alternative medicine																
<input type="checkbox"/> Other → Specify:															
	Medication (generic name)															
															
	Medication (generic name)															
															
	Medication (generic name)															

TRADITIONAL MEDICINE		
Is the subject taking any traditional medicine? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Not applicable		
If yes, please state reason		
<input type="checkbox"/> Beauty Related <input type="checkbox"/> Sexual Prowess <input type="checkbox"/> Skin & Arthritis <input type="checkbox"/> General Wellbeing		
HEALTH SUPPLEMENT		
<input type="checkbox"/> Vitamins <input type="checkbox"/> Others _____		
FAMILY PLANNING AND HRT		
	Year of use	Duration of use
<input type="checkbox"/> Oral Contraceptive Pill		
<input type="checkbox"/> Depoprovera		
<input type="checkbox"/> Implant 'Norplant'		
<input type="checkbox"/> Hormone Replacement Therapy		
<input type="checkbox"/> Others Specify _____		
<p>[To be filled by medical officer -- please tick ✓ if present]</p> <div style="display: flex; align-items: flex-start; margin-bottom: 10px;"> <div style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;"></div> <div>Xanthelasma</div> </div> <div style="display: flex; align-items: flex-start; margin-bottom: 10px;"> <div style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;"></div> <div>Facial Hirsutism (for female only)</div> </div> <div style="display: flex; align-items: flex-start;"> <div style="width: 40px; height: 40px; border: 1px solid black; margin-right: 10px;"></div> <div>Acanthosis nigricans</div> </div> <div style="border: 1px solid black; width: 400px; height: 40px; margin-top: 20px; text-align: center; padding: 5px;"> Name of examiner: </div>		

B. Taraf sosio-ekonomi, penjagaan kebersihan dan bekalan air

A. Sumber bekalan air

1 = Air paip kerajaan

2 = Sungai

3 = Perigi

4 = Air hujan

* Lebih daripada satu jawapan dibenarkan

☐

Adakah anda memasak air minuman?

1= Ya

2= Tidak

☐

B. Penjagaan kebersihan

Ada tandas dalam rumah kah?

1 = Ya

2 = Tidak

☐

Jenis kemudahan tandas

1 = Terdapat tandas bilas

2 = Tidak terdapat tandas bilas

☐

Di manakah anda membuang air besar?

1 = Tandas bilas/pump

2 = Semak/belukar

3 = Tandas curah

4 = sungai

☐

Di manakah anda mandi?

1= Sungai

2= Tandas

3= Lain-lain (Sila nyatakan)

☐

Di manakah anda cuci pakaian?

1= Sungai

2= Tandas

3= Lain-lain (Sila nyatakan)

☐

Jenis bekas simpanan air

1= Botol plastik

2= Baldi plastik

3= Tempayan atau pasu

4= Perigi

5= Tak ada

6= Lain-lain (Sila nyatakan)

☐

Adakah anda tutup bekas simpanan air?

1= Ya

2= Tidak

☐

C. Pengambilan makanan

1=Ya 2=Tidak

Adakah anda makan

1= Daging yang kurang masak

2= Hidangan laut yang kurang masak

3= Sayur-sayuran dan buah-buahan/ulam mentah

☐

D. Pembuangan sampah

1 = Tempat yang tertentu

2 = Merata-rata

☐

E. Binatang peliharaan / binatang ternakan

Adakah anda memiliki binatang peliharaan atau binatang ternakan?

1 = Ya

2 = Tidak

☐

Jika ada, jawab soalan yang berikut

Apakah binatang itu?

1= Anjing (Bilangan:)

2= Kucing

3= Ayam

4= Itik

5= Lain-lain (Sila nyatakan)

☐

Adakah anda rapat atau bermain dengan binatang peliharaan atau ternakan ini?

1 = Ya

2 = Tidak

☐

Adakah anda asingkan bekas makanan dan minuman binatang itu daripada bekas makanan keluarga?

1= Ya

2= Tidak

☐

Di manakah anda memelihara binatang tersebut?

1= Di dalam kandang

2= Bebas berkeliaran

☐

Adakah anda mandikan binatang pemeliharaan tersebut?

1= Ya

2= Tidak

☐

C. Tabiat peribadi dan penjagaan kebersihan

Pilihan jawapan untuk soalan (a) hingga (i) **KECUALI (g)**

1 = Ya

2 = Tidak

- a) Adakah anda makan menggunakan tangan? ☐
- b) Adakah anda mandi sekurang-kurangnya sekali sehari? ☐
- c) Adakah anda menukar pakaian anda sekurang-kurangnya sekali sehari? ☐
- d) Adakah anda memakai kasut / selipar semasa keluar rumah? ☐
- e) Adakah anda mencuci tangan sebelum makan selepas bermain dengan tanah? ☐
- f) Adakah anda mencuci tangan sebelum memasak? ☐
- g) Adakah anda mencuci tangan selepas membuang air besar? ☐
- h) Adakah anda mencuci tangan selepas bermain dengan binatang? ☐
- i) Aktiviti kanak-kanak
 - i) Berjalan tanpa kasut ☐
 - ii) Bermain dengan tanah ☐

D. Status Kesihatan

Adakah anda mengambil sebarang antibiotic atau ubat dalam 6 bulan yang lalu?

1 = Ya

2 = Tidak

Jika ya, nama ubat: _____

☐

Adakah anda mengambil sebarang "iron supplement" dalam 12 bulan yang lalu?

1= Ya

2= Tidak

Jika ya, dari mana? _____

☐

Adakah anda mengambil sebarang ubat antihelmetik dalam 6 bulan yang lalu?

1= Ya

2= Tidak

Jika ya, dari mana? _____

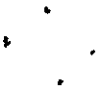
☐

Adakah anda mengambil sebarang makanan probiotic, contohnya tapai (ubi kayu/pulut), yoghurt, minuman yoghurt, susu kultur (vitagen atau yakult) dalam 6 bulan yang lalu?

1= Ya

2= Tida

☐



OA Study:STN4

