

BORANG 9

AKTA KANAK-KANAK 2001
[Seksyen 27]

PEMBERITAHUAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN ATAU PENGAMAL
PERUBATAN BERDAFTAR

Kepada,

PELINDUNG,
JABATAN KEBAJIKAN MASYARAKAT

(DAERAH:)
(Pegawai Kebajikan Masyarakat / Pelindung dan alamat pejabat)

Saya
Kad Pengenalan No.: seorang *pegawai
perubatan / pengamal perubatan berdaftar di
.....
(Nama dan alamat hospital atau klinik)

2. Saya telah memeriksa atau merawat seorang kanak-kanak yang dikenali
sebagai

*lelaki / perempuan Umur: Alamat terkini:
.....
.....

Nama Ibu:

No KP: Tel:

Nama Bapa:

No KP: Tel:

Nama Penjaga:

No KP: Tel:

Wad: Tarikh masuk wad:

Saya mempercayai atas alasan-alasan yang munasabah bahawa kanak-kanak itu
dicederakan dari segi fizikal atau emosi akibat teraniaya, terabai, terbuang atau
didedahkan, atau teraniaya dari segi seks.

Laporan awal: Isu yang dikemukakan

Keperluan kanak-kanak diberi rawatan atau pemeriksaan	Sila nyatakan secara ringkas mengenai kanak-kanak yang diberi rawatan atau pemeriksaan: <ul style="list-style-type: none">•••••
Isu ibu bapa atau penjaga kanak-kanak	Sila nyatakan dengan ringkas ibubapa atau penjaga : <ul style="list-style-type: none">•••••
Persekitaran	Nyatakan dengan ringkas pihak yang membantu kanak-kanak: <ul style="list-style-type: none">••••••
Risiko	Sila nyatakan dengan ringkas risiko yang dihadapi oleh kanak-kanak: <ul style="list-style-type: none">••••••

Pemeriksaan	<p>Sila nyatakan dengan ringkas hasil pemeriksaan yang dijalankan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • • • •
Pandangan / syor pegawai perubatan	<p>Sila nyatakan pandangan / syor pegawai perubatan:</p> <ul style="list-style-type: none"> • • • • • •
Tarikh temujanji (jika berkaitan)	
Rujukan ke Pegawai Kerja Sosial Perubatan/ Unit psikiatrik dan lain-lain	<p>PKSP</p> <p>Ya: <input type="checkbox"/> Tarikh:</p> <p>Tiada berkaitan: <input type="checkbox"/></p> <p>Unit Psikiatri</p> <p>Ya: <input type="checkbox"/> Tarikh:</p> <p>Tiada berkaitan: <input type="checkbox"/></p> <p>Polis</p> <p>Ya: <input type="checkbox"/> Tarikh:</p> <p>Tiada berkaitan: <input type="checkbox"/></p>

3. Oleh yang demikian, saya merujuk hal ini kepada Pegawai Kebajikan Masyarakat / Pelindung untuk tindakan lanjut.

**4. Untuk makluman tuan, saya telah mengambil kanak-kanak itu ke dalam jagaan sementara.

Bertarikh hari bulan..... tahun

.....
(Tandatangan *pegawai perubatan / pengamal perubatan berdaftar)

Nama :

Alamat Pejabat :

.....

.....

Catatan: *Potong mana-mana yang tidak berkenaan

**Potong jika tidak berkaitan