



MAA-MediCare KIDNEY CHARITY FUND

- SECRETARIAT OFFICE** 2nd Floor, Wisma MAA-MediCare, No183, Jalan Ipoh, 51200 Kuala Lumpur.
Tel : (603) 4044 4468 Fax : (603) 4043 4468
- DIALYSIS CENTRES** **MAA-MediCare CHARITY DIALYSIS CENTRE.**
- (1) 3rd Floor, Wisma MAA-MediCare, No 183 , Jalan Ipoh, 51200 Kuala Lumpur.
Tel : (016) 3398764 Fax : (603) 4043 4468
 - (2) No 8, 8A & 8B, Jalan Sungai Besi, 57100 Kuala Lumpur.
Tel : (016) 3398765 Fax : (603) 9222 0113
 - (3) No.10-1 & 11-1, Ground Floor, Jalan S10/3, Section 10 Off Jalan Bukit, 43000 Kajang, Selangor.
Tel : (016) 3398766 Fax : (603) 8733 0713
 - (4) 54A & 54B, Ground Floor, Wisma Tan Chiap Siah, Jalan Changkat Jong, 36000 Teluk Intan, Perak.
Tel : (016) 5593201 Fax : (605) 623 2052
 - (5) No.1297, Ground Floor, Jalan Baru, Taman Chai Leng, 13700 Prai, Penang.
Tel : (016) 4180069 Fax : (604) 397 6576
 - (6) No.111, Jalan Temerloh, 28400 Mentakab, Pahang Darul Makmur.
Tel : (016) 9210652 Fax : (609) 277 7411
- PETER MOLE – MAA-MediCare CHARITY DIALYSIS CENTRE.**
- (7) 88 Market Place,Block A,Lot 3/3A&5,Lorong Pusat Komersil 88/2,off Jalan Pintas 88300KK,Sabah.
Tel : (016) 8322329 Fax : (088) 225 117
- CHKMUS – MAA-MediCare CHARITY DIALYSIS CENTRE.**
- (8) Lot 2229, Block 10, Lorong 8, Jalan laksamana Cheng Ho, KCLD, 93350 Kuching.
Tel : (016) 8890109 Fax : (088) 346 679
- PMA CHAN MENG KHOR – MAA-MediCare CHARITY DIALYSIS CENTRE.**
- (9) Lorong 1, LOT no 10037, Bercham, 31400 Ipoh, Perak.
Tel : (016) 5593301 Fax : (088) 225 117
- JB LIONS – MAA-MediCare CHARITY DIALYSIS CENTRE.**
- (10) No 5 & 7, Jalan Perisai, Taman Sri Tebrau, 80250 Johor Bharu, Johor.
Tel : (016) 7230233 Fax : (607) 334 9503
 - (11) No 5 & 7 Jalan Baiduri 1, Taman Baiduri, 81200 Johor Bahru, Johor.
Tel : (016) 7230255 Fax : (607) 216 2585
- KB ROTARY – MAA-MediCare CHARITY DIALYSIS CENTRE.**
- (12) No.6447-C, Bangunan MAIK, Jalan Telipot, 15050 Kota Bahru, Kelantan.
Tel : (016) 9210653 Fax : (609) 743 2004

APPLICATION FOR HAEMODIALYSIS PROGRAMME
PERMOHONAN UNTUK PROGRAM HEMODIALISIS

Name of Applicant :
Nama Pemohon :

NRIC :
No.K/P:

FOR OFFICIAL USE ONLY / UNTUK KEGUNAAN PEJABAT :

PARTICULARS PERKARA	APPOINTMENT DATE TARIKH TEMUJANJI
1. Medical Check Up by Nephrologists. <i>Pemeriksaan Perubatan Oleh Pakar Nefrologi.</i>	
2. Pre-admission And Financial Counselling By Social Worker. <i>Kaunseling Kewangan Dan Pra-kemasukan Oleh Pegawai Kebajikan.</i>	
3. Sent For Approval. <i>Dihantar Untuk Kelulusan.</i>	

PANDUAN PEMILIHAN PESAKIT-PESAKIT

1. Pesakit-pesakit ESRD perlu diperiksa tahap kesihatannya terlebih dahulu oleh Pakar Nefrologi dari hospital-hospital berikut dan seterusnya dirujuk ke Jabatan Nefrologi berkenaan untuk pendaftaran dan pemeriksaan selanjutnya.
 - (a) Hospital Kuala Lumpur
 - (b) Hospital Universiti
 - (c) Hospital UKM
 - (d) Hospital-hospital swasta
2. Maklumat lengkap hasil dari pemeriksaan ini adalah penting sebelum pesakit menerima atau menjalankan dialysis di Pusat Rawatan Dialisis Amal MAA-Medicare.
3. Pesakit-pesakit yang didapati memenuhi kriteria asas penapisan perubatan selanjutnya akan dirujuk kepada Pegawai Kebajikan untuk dinilai status kewangan dan social mereka.
4. Pesakit-pesakit yang terpilih untuk menjalani rawatan di Pusat ini dikehendaki menandatangani perjanjian degan MAA-Medicare.

Syarat-syarat pemilihan

1. Pemohon mestilah warganegara Malaysia.
2. Pemohon mestilah berumur 12 tahun dan ke atas.
3. Pemohon mestilah berkeupayaan untuk bergerak sendiri.
4. Pemohon mestilah mempunyai tempat masuk vaskular yang berfungsi (contohnya fistula).
5. Pemohon tidak mempunyai tempat lain untuk menjalankan rawatan dialisis.
6. Pemohon mestilah bersetuju untuk menerima kunjungan kakitangan social/pegawai dari MAA-Medicare ke rumah pemohon bagi tujuan untuk memastikan kebenaran maklumat yang telah diberikan.
7. Pemohon mestilah bersedia untuk membayar kos rawatan sebanyak RM 110.00 bagi setiap rawatan dialisis. Jumlah rawatan ini adalah tertakluk kepada perubahan oleh pengurusan MAA-Medicare bila dirasakan perlu. Pembayaran ini hendaklah dijelaskan sebelum rawatan dijalankan.
8. Pemohon mestilah bersetuju untuk membayar wang pendahuluan sebanyak RM 330.00 sewaktu mendaftarkan diri, sebelum memulakan rawatan di MAA-Medicare.
9. Pemohon yang terpilih mestilah bersetuju untuk menjalani rawatan dialisis di MAA-Medicare pada tarikh dan waktu yang ditetapkan, tiga kali rawatan seminggu, 4 jam setiap rawatan.
10. Pemilihan semula pesakit akan dinilai pada setiap 6 bulan untuk menentukan kelayakan beliau meneruskan program dialisis di Pusat Rawatan Dialisis Amal MAA-Medicare.
11. Pesakit mestilah bersetuju untuk menandatangani perjanjian dengan MAA-Medicare sebelum menjalani program dialisis.
12. Pesakit mestilah bersetuju untuk menjalani pembedahan buah pinggang jika terdapat penderma.

Program dialisis bagi setiap pesakit boleh ditamatkan jika :

- (a) Pesakit berkenaan gagal untuk hadir rawatan lebih dari 3 kali berturut-turut tanpa alasan yang munasabah.
- (b) Keadaan kesihatan terjejas ke tahap merbahaya seperti sakit jantung, stroke dan sebagainya.
- (c) Pesakit berkenaan tidak memberi kerjasama atau gagal mematuhi peraturan dan syarat-syarat kemasukan di dalam perjanjian yang telah dimeterai degan MAA-Medicare.
- (d) Pesakit tidak membayar kos rawatan dialisis seperti yang telah ditetapkan.

**APPLICATION FOR HAEMODIALYSIS PROGRAMME
PERMOHONAN UNTUK PROGRAM HEMODIALISIS**

PART 1

1. PERSONAL INFORMATION / MAKLUMAT PERIBADI

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

Attach a recent photograph of yourself here

Lekatkan sekeping gambar terbaru Anda di sini

2. DETAILS OF EMPLOYMENT / MAKLUMAT PEKERJAAN

<i>Present Employment / Pekerjaan Sekarang :</i>	<i>Monthly Income (Gross) / Pendapatan Bulanan (Kasar) :</i>
<i>Name of Employer / Nama Majikan :</i>	
<i>Address / Alamat :</i>	
<i>Tel. No / No Tel :</i>	
<i>If Unemployed, Please State / Jika Tidak Bekerja, Sila Nyatakan :</i>	
<i>Since / Sejak (Date / Tarikh) : _____ Reason / Sebab : _____</i>	
<i>Means of Support / Punca Saradiri : _____</i>	
<i>Name of person providing support / Nama orang yang menyara anda : _____</i>	
<i>Past Employment / Pekerjaan Lepas : _____</i>	<i>Last Drawn Salary / Gaji terakhir : _____</i>

3. EDUCATIONAL BACKGROUND / LATARBELAKANG PENDIDIKAN

<i>School Level / Peringkat Sekolah</i>	<i>Name of School / Nama Sekolah</i>	<i>Year / Tahun</i>		<i>Qualification Obtained / Kelulusan Yang Diperolehi</i>
<i>Primary / Rendah</i>				
<i>Secondary / Menengah</i>				
<i>Pre – university / Pra - universiti</i>				
<i>Others / Lain-lain</i>				

6. TYPE OF ACCOMMODATION / MAKLUMAT KEDIAMAN (Tick whichever is applicable / Tanda yang berkenaan)

- () *LOW COST FLAT* () *APARTMENT /* () *TERRACE-SINGLE STOREY*
RUMAH PANGSA PANGSAPURI TERES-SETINGKAT
- () *OWN /* () *RENT /* () *SHOPHOUSE /* () *TERRANCE-DOUBLE STOREY*
SENDIRI SEWA RUMAH KEDAI TERES-DUA TINGKAT

7. OTHER INFORMATION / LAIN-LAIN MAKLUMAT

- a. *Are you presently on dialysis elsewhere? Yes / No (Delete whichever not applicable)*
Adakah anda sekarang menerima rawatan dialisis di tempat lain? Ya / Tidak (Potong yang tidak berkenaan)

If Yes, please state: *WHERE / DI MANA* : _____

Jika Ya (nyatakan): *SINCE WHEN / SEJAK BILA* : _____

NO. OF DIALYSIS SESSION PER WEEK
BIL. SESI DIALISIS SEMINGGU : _____

FEE PAID PER MONTH /
BAYARAN SEBULAN : _____

- b. *Have you been worked-up for living related transplant?* Yes / No

Adakah anda dalam usaha menjalankan pemindahan buah pinggang? Ya / Tidak

If Yes, please state / Jika Ya, nyatakan:

Name of Donor / Nama Penderma : _____

Relationship / Hubungan : _____

- c. *Do you have plans to go overseas for a kidney transplant?*
Adakah anda mempunyai rancangan ke luar negeri untuk melakukan pemindahan buah pinggang?

If Yes, where / Jika Ya, di mana? : _____

- d. *Are you a pledged kidney donor?* Yes / No
Adakah anda penderma buah pinggang? Ya / Tidak

- e. *Have you opted out?* Yes / No (Non Muslims only)
Adakah anda ingin dikecualikan? Ya / Tidak (Bukan Islam sahaja)

8. DECLARATION: I declare that / PENGAKUAN: Saya mengaku bahawa:

- a. *I have read, understood and agreed to comply with the terms and conditions.*
Saya telah baca, faham dan bersetuju untuk mematuhi segala syarat-syarat yang telah ditetapkan.
- b. *All the particulars given in this form are true and I have not suppressed and information requires.*
Semua maklumat yang diberi di dalam borang ini adalah benar dan saya tidak menyembunyikan sebarang maklumat yang dikehendaki.
- c. *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.*
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.
- d. *Upon acceptance, I agree to pay an initial deposit of RM 330.00 and subsequent treatment fee of RM 110.00 each dialysis and I understand that this fee is subject to change by the MAA-Medicare as and when it deems necessary.*
Sebaik sahaja saya diterima, saya bersetuju untuk membayar wang pendahuluan sebanyak RM 330.00 dan seterusnya RM 110.00 bagi tiap-tiap rawatan dialisis dan saya faham bahawa bayaran yang dikenakan tertakluk kepada perubahan oleh pengurusan MAA-Medicare apabila dirasakan perlu.
- e. *I understand that I will pay all outstanding fees upon termination of dialysis by MAA-Medicare. I am also aware that MAA-Medicare will take legal action against me if I fail to pay the outstanding fees.*
Saya faham bahawa saya akan membayar segala bayaran rawatan tertunggak jika ditamatkan rawatan oleh MAA-Medicare. Saya juga sedar bahawa MAA-Medicare akan mengambil tindakan undang-undang terhadap saya jika saya gagal menjelaskan bayaran yang tertunggak.
- f. *I am prepared to allow MAA-Medicare to publicize my application in the news media.*
Saya sedia membenarkan MAA-Medicare mengiklankan permohonan saya ini di dalam akhbar tempatan,
- g. *If I have suppressed any information or given any incorrect information, MAA-Medicare reserves the right to discontinue providing treatment to me.*
Jika saya didapati menyembunyikan sebarang maklumat atau memberi maklumat yang palsu, MAA-Medicare mempunyai hak untuk menamatkan rawatan yang diberikan ke atas saya.

Right Thumb Print / Signature
Cap Ibu Jari Kanan / Tandatangan

Witnessed By / : _____

Saksi Oleh : _____

Name / Nama : _____

Address / Alamat : _____

Date / Tarikh : _____

Tel No / No Tel : _____

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 (of RM 110.00 each treatment) to the MAA-Medicare 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 MAA-Medicare 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 realise 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's transfer out of the programme that strives to put as many needy patients on dialysis as possible.

JAMINAN BANTUAN KEWANGAN

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

Sehubungan itu, saya bersetuju untuk membiayai Encik/Puan/Cik _____
No. K/P _____ bagi tujuan pembayaran kos rawatan dialisis (sebanyak RM 110.00 bagi tiap-tiap rawatan). 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 dikeluarkan dari program ini untuk membolehkan lebih ramai pesakit yang berkecukupan menjalani rawatan dialisis.

Name / Nama: _____ NRIC / No K/P: _____

Age/ Umur: _____ Gender / Jantina: _____

Address / Alamat: _____

Tel No / No Tel: _____ Occupation / Pekerjaan: _____

Employer's Name / Nama Majikan: _____

Tel No / No Tel: _____

Relationship to patient / Hubungan dengan Pesakit: _____

Signature / Tandatangan: _____

Date / Tarikh: _____

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?	_____	_____	_____

ACCESS (Please complete for current and past)

Type	Date	Location	Functional Status
None ()			
AV Fistula	_____	_____	_____
AV Graft	_____	_____	_____
Others	_____	_____	_____

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.

Signature / Date

Name of referring Nephrologist

APPLICATION FOR HAEMODIALYSIS PROGRAMME

Name of Patient: _____

NRIC: _____

No.	Item	Date Received	Remarks
1.	Application Form		
2.	Nephrologist's Report		
3.	Sponsorship Letter		
4.	Others		

Approve by: _____
(Name / Designation)

Signature: _____

Date: _____

Date of Commencement: _____

Dialysis Centre: _____