



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Penilaian AMOTeX Penolong Pegawai Perubatan Program Kesihatan Awam Kementerian Kesihatan Malaysia

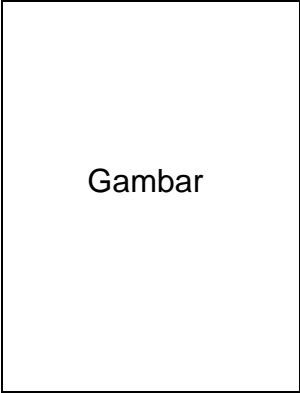
BUKU LOG PENGURUSAN DIABETES

Nama: _____ Nombor Perakuan Pendaftaran LPP: _____

Fasiliti Kesihatan: _____

Pejabat Kesihatan Daerah: _____

Negeri: _____ Tarikh Penempatan: ____/____/____ hingga ____/____/____
(Mula) (Tamat)



Nama: _____ Jawatan & Gred: _____

Nombor Kad Pengenalan: _____ Nombor Telefon: _____

Tempat Amalan: _____

Nombor Pendaftaran LPP: _____ Nombor Perakuan Pembaharuan Tahunan: _____

Tandatangan: _____

SKOP PENGURUSAN DIABETES

Tempoh penilaian: 6 bulan Hingga 1 tahun

Kaedah penilaian adalah secara berterusan berdasarkan:

1. Teori

- Menghadiri sesi CME, kursus, seminar atau persidangan.
- Memberi ceramah di Program Komuniti, CME, kursus, seminar atau persidangan.
- *Self-directed learning*.
- Dokumentasi buku log yang telah ditetapkan.

2. Latihan Klinikal

- Latihan Sangkutan di Klinik Kesihatan bersama Pakar Perubatan Keluarga.
- Latihan Sangkutan di Klinik Endokrin Hospital bersama Pakar Endokrin.
- Latihan Sangkutan dengan *multidisciplinary team* yang lain.
- Berdasarkan aktiviti yang terkandung di dalam buku log.
- Diselia oleh *Local Preceptor* di Klinik Kesihatan – Pakar Perubatan Keluarga, *Diabetic Educator*, Pegawai Farmasi, Pegawai Dietetik, Pegawai Psikologi Kaunseling, Ahli Terapi Anggota/ Carakerja dan AMOTeX Pengurusan Diabetes (jika ada).
- Seorang Pegawai Penilai yang terdiri daripada Pakar Perubatan Keluarga akan membuat ulasan bagi setiap aktiviti yang disempurnakan.

3. Kajian Kes (*Case Study*)

- Satu (1) *short cases* (kes baharu) – Pembentangan kes.
- Satu (1) *long case* (kes berkomplikasi) – Penulisan kes menggunakan konsep *biopsychosocial aspect* atau penulisan akademik.

4. Kajian Klinikal (*Clinical Study*)

- Menjalankan atau melibatkan diri dengan satu kajian klinikal sepanjang program.

5. Penilaian (*Exit Viva*) dan Penilaian Laporan (*Report Evaluation*)

- Satu sesi *Exit Viva* di akhir program.
- Satu penilaian laporan di akhir program.

PENGETAHUAN BERKAITAN	KAEDAH
<ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Clinical Practice Guideline: Management of Type 2 Diabetes.</i> 2. <i>Clinical Practice Guideline: Management of Diabetic Foot</i> 3. Pengurusan diabetes di kesihatan primer: <ol style="list-style-type: none"> a. <i>National Diabetes Registry</i>, Audit Klinikal Diabetes & QA Diabetes. b. <i>Multidisciplinary approach</i> dalam pengurusan diabetes. 4. Pengendalian diabetes semasa puasa. 5. Keperluan sokongan moral dan sosial kepada pesakit diabetes. 6. <i>Biopsychosocial approach</i> dalam pengurusan pesakit. 7. Penekanan kepada '<i>Behaviour Modification</i>' – SMBG, Modifikasi Diet Diabetes, Modifikasi Aktiviti Fizikal & Senaman. 8. Kepentingan Lawatan Rumah (<i>Home Visit</i>) untuk pesakit diabetes. 9. <i>Diabetic retinopathy</i> & interpretasi fundus photo. 	<p>Penilaian pengetahuan</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menghadiri sesi CME, kursus, bengkel, seminar atau persidangan. 2. Memberi ceramah di Program Komuniti, CME, kursus, bengkel, seminar atau persidangan. 3. <i>Self-directed learning.</i> 4. <i>e-Learning</i> (termasuk Webinar) 5. <i>Latihan</i> klinikal di klinik kesihatan di bawah penyeliaan '<i>local preceptor</i>' yang dilantik. 6. Menjalankan aktiviti-aktiviti pengendalian kes diabetes mengikut buku log. 7. Perbincangan bersama Pakar Perubatan keluarga dan pasukan diabetes setiap minggu. 8. Setiap aktiviti yang telah disempurnakan akan ditandatangani oleh <i>local preceptor.</i> 9. Setiap aktiviti yang telah lengkap ditandatangani oleh <i>Local Preceptor</i> akan diulas oleh Pegawai Penilai. 10. Membuat pembentangan satu (1) <i>short case study</i> menggunakan <i>PowerPoint</i> dan satu (1) penulisan <i>long case study</i> serta kajian klinikal secara penulisan akademik. 11. Memilih tajuk serta objektif kajian klinikal dan mendaftar <i>National Medical Research Register</i> (NMRR) dan <i>Medical Research and Ethics Committee</i> (MREC) bagi tujuan penyelidikan.

PENGETAHUAN BERKAITAN	KAEDAH
	<p>Penempatan Klinikal</p> <p><u>Pegawai Dietetik</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menjalankan nasihat pemakanan bersama Pegawai Dietetik. 2. Mengetahui pemakanan yang sesuai diambil oleh pesakit diabetes. 3. Sajian makanan pesakit diabetes. <p><u>Jurupulih Anggota/Jurupulih Cara Kerja</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Modifikasi aktiviti fizikal dan senaman yang sesuai untuk pesakit diabetes. 2. Senaman dan penjagaan kaki. <p><u>Pemeriksaan Mata</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. <i>Visual acuity – Snellen Chart.</i> 2. <i>Funduscopy.</i> 3. Pengendalian <i>Fundus Camera.</i> 4. Interpretasi <i>Fundus Photo.</i> <p><u>Pakar Perubatan Keluarga</u></p> <p>Perbincangan kajian klinikal meliputi <i>literature review</i>, metodologi, pengumpulan data dan sebagainya.</p> <p><u>Ceramah</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Pendekatan <i>biopsychosocial approach</i> dalam pengurusan pesakit diabetes. 2. Peranan <i>Diabetes Educator</i> di klinik kesihatan. <p><u>Laporan</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Menyiapkan laporan bertulis dua (2) kajian kes. 2. Menyiapkan laporan satu (1) kajian klinikal. 3. Ulasan Pegawai Penilai setelah aktiviti dilengkapkan.

FORMAT PEMBENTANGAN KES DAN LAPORAN KAJIAN

A. Format pembentangan *short case* – 1 kes (Pembentangan dalam bentuk *powerpoint*):

1. Biodata pesakit.
2. Aduan utama dan sejarah pesakit.
3. Pemeriksaan klinikal.
4. Pemeriksaan makmal.
5. Senarai masalah dikenal pasti.
6. Pengurusan pesakit.

B. Format pembentangan *long case* – 1 kes (Pembentangan kajian kes dalam bentuk penulisan):

1. Biodata pesakit.
2. Aduan utama dan sejarah pesakit.
3. Pemeriksaan klinikal.
4. Pemeriksaan makmal.
5. Senarai masalah dikenal pasti.
6. Pengurusan pesakit.
7. Ulasan dan cadangan pengurusan pesakit yang lebih optima.
8. Kesimpulan.

C. Format kertas kajian klinikal dan poster

1. Tajuk kajian.
2. Pengenalan dan pernyataan masalah.
3. *Literature review*.
4. Objektif kajian - Objektif Am dan Objektif Khusus.
5. Metodologi kajian.
6. Keputusan kajian.
7. Perbincangan kajian.
8. Kesimpulan.

KOMPETENSI KLINIKAL

1. PENGETAHUAN ASAS (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Menerangkan penyakit Diabetes?					
2	Menerangkan fungsi insulin dalam tubuh badan.					
3	Menerangkan jenis-jenis Diabetes.					
4	Menerangkan golongan yang berisiko mendapat penyakit Diabetes.					
5	Menerangkan tanda-tanda penyakit Diabetes.					
6	Menerangkan sasaran kawalan Diabetes.					
7	Menerangkan komplikasi akut & kronik.					
8	Menerangkan langkah-langkah pencegahan Diabetes.					
9	Memberikan nasihat tentang kawal paras glukosa darah dengan lebih ketat.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

2. PENYAMPAIAN MAKLUMAT (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Mengenalpasti pesakit.					
2	Mengeratkan hubungan (<i>rapport</i>) dengan pesakit.					
3	Memastikan <i>privacy</i> diberikan kepada pesakit.					
4	Menerangkan kepentingan pengambilan riwayat ini.					
5	Memaklumkan penemuan klinikal kepada pesakit: a. Tanda vital. b. Pemeriksaan sistemik. c. Lain-lain yang berkaitan.					
6	Memberikan khidmat nasihat (kawalan dan pencegahan).					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

3. MENGENAL PASTI FAKTOR RISIKO PENYAKIT (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Tarikh	No. Pendaftaran, Umur & Jantina	Faktor Risiko	Pelan Perawatan	Pengesahan <i>Local Preceptor</i>
1					
2					
3					
4					
5					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

4. DIAGNOSA DIABETES MELLITUS (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Tarikh	No. Pendaftaran, Umur & Jantina	Keputusan Saringan	Diagnosa: DM/ IGT/ IFG Normal	Pelan Perawatan	Pengesahan <i>Local Preceptor</i>
1						
2						
3						
4						
5						

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

5. SARINGAN CO-MORBIDITIES – 1 (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Tarikh	No. Pendaftaran, Umur & Jantina	Tanda Vital	Ukur Lilit Pinggang	BMI	Pelan Perawatan	Pengesahan <i>Local Preceptor</i>
1							
2							
3							
4							
5							

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.

2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

6. KECEMASAN DIABETES - HIPOGLISEMIA (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Menerangkan definisi hipoglisemia.					
2	Menerangkan patofisiologi hipoglisemia: a. Pengambilan OAD dan insulin dalam dos yang berlebihan. b. Tidak makan selepas pengambilan OAD dan Insulin. c. Makan terlalu sedikit atau lewat makan. d. Melakukan aktiviti yang berat tanpa mengambil makanan terlebih dahulu.					
3	Menerangkan tanda-tanda hipoglisemia: a. Merasa lapar. b. Berpeluh-peluh atau berpeluh sejuk. c. Letih lesu dan berasa mengantuk. d. Gelisah dan gementar. e. Menggigil. f. Palpitasi. g. Penglihatan menjadi kabur. h. Keliru. i. Pingsan. j. Koma.					

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
4	<p>Menerangkan tindakan segera semasa hipoglisemia (<i>Rules of 15</i>):</p> <ol style="list-style-type: none"> Sekiranya ada glucometer, periksa paras glukosa darah (bacaan <4mmol/L). Makan gula atau karbohidrat ringkas. Rehat selama 15 minit untuk proses penyerapan. Ulang langkah (a) hingga (c) di atas sebanyak tiga (3) kali. Jika bacaan masih < 4mmol/L, segera ke hospital yang berhampiran. 					
5	<p>Menerangkan langkah-langkah pencegahan hipoglisemia:</p> <ol style="list-style-type: none"> Ambil ubatan mengikut dos dan kekerapan yang telah ditetapkan oleh doktor. Ambil makanan selepas mengambil ubatan. Ambil makanan karbohidrat sebelum melakukan aktiviti berat. 					
6	<p>Memberi nasihat umum:</p> <ol style="list-style-type: none"> Pesakit perlu membawa gula ringkas ke mana-mana. Pesakit digalakkan berteman semasa melakukan senaman/ aktiviti berat. Pemakaian tanda seperti gelang/ rantai untuk pesakit Diabetes. 					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

7. KECEMASAN DIABETES - HIPERGLISEMIA (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Menerangkan definisi hiperglisemia.					
2	Menerangkan patofisiologi hiperglisemia: a. Pengambilan OAD dan insulin dalam dos yang tidak mencukupi. b. Pengambilan makanan yang tinggi karbohidrat dan gula. c. Mengalami jangkitan atau demam yang tinggi. d. Pengambilan alkohol yang tidak terkawal. e. Tekanan emosi.					
3	Menerangkan tanda-tanda hiperglisemia: a. Merasa dahaga. b. Hilang selera makan. c. Letih lesu dan berasa mengantuk. d. Loya dan muntah. e. Pening. f. Kerap kencing. g. Penglihatan menjadi kabur. h. Keliru. i. Sukar bernafas. j. Koma.					
4	Menerangkan tindakan segera semasa hiperglisemia: a. Sekiranya ada glucometer, periksa paras glukosa darah. b. Minum banyak air dan segera ke hospital/ klinik yang berhampiran.					

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
5	Menerangkan langkah-langkah pencegahan hiperglisemia: a. Ambil ubatan mengikut dos dan kekerapan yang telah ditetapkan oleh doktor. b. Ambil makanan yang seimbang, lebih serat dan mengikut sukatan yang disarankan.					
6	Memberi nasihat umum termasuklah berkenaan pemakaian tanda seperti gelang/ rantai untuk pesakit Diabetes.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

8. SARINGAN KOMPLIKASI - RETINOPATHY (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Tarikh	No. Pendaftaran, Umur & Jantina	Visual Acuity	Review Fundus Photo	Pelan Perawatan	Pengesahan Local Preceptor
1						
2						
3						
4						
5						

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.

2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

9. SARINGAN KOMPLIKASI – PENYAKIT KARDIOVASKULAR (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Tarikh	No. Pendaftaran, Umur & Jantina	ECG	Pelan Perawatan	Pengesahan <i>Local Preceptor</i>
1					
2					
3					
4					
5					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.

2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

10. SARINGAN KOMPLIKASI - NEPHROPATHY (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Tarikh	No. Pendaftaran, Umur & Jantina	Urine Alb.	Urine Micro-albumin	Serum Cr.	eGFR & CKD Staging	Pelan Perawatan	Pengesahan <i>Local Preceptor</i>
1								
2								
3								
4								
5								

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.

2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

11. SARINGAN KOMPLIKASI - KAKI (*NEUROPATHY, PERIPHERAL VASCULAR DISEASE*) (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Tarikh	No. Pendaftaran, Umur & Jantina	Pemeriksaan kaki			Pelan Perawatan	Pengesahan <i>Local Preceptor</i>
			Lihat	Sensasi	Vaskular		
1							
2							
3							
4							
5							

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.

2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

12. SARINGAN KOMPLIKASI - FUNGSI SEKS (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*).

Senarai semak adalah berdasarkan indeks fungsi seks antarabangsa (iief-5).

Mengadakan sesi soal jawab dengan pesakit dan semua soalan bermula dengan “disepanjang 4 minggu yang lalu”.

Bil	Soalan	Skor					Keterangan Skala Skor	Pengesahan <i>Local Preceptor</i>
		Kes 1	Kes 2	Kes 3	Kes 4	Kes 5		
1	Bagaimanakah anda menentukan kadar keyakinan yang kemaluan anda berfungsi dan dapat mengekalkan ketegangannya.						1 = Sangat rendah 2 = Rendah 3 = Sederhana 4 = Tinggi 5 = Sangat tinggi	
2	Apabila anda mengalami ketegangan zakar(kemaluan atau 'batang keras') menerusi ransangan seks, berapa kerap ketegangan itu cukup keras untuk persetubuhan?						0 =Tidak rangsangan seks. 1 = Langsung tidak pernah/ hampir tidak pernah. 2 = Beberapa Kali (<50%). 3 = Kadang-kadang (kira-kira 50%). 4 = Sering kali (>50%). 5 = Setiap kali/ hampir setiap kali.	
3	Sewaktu bersetubuh, berapa kerap anda dapat mengekalkan ketegangan kemaluan sehingga selesai persetubuhan?						0 = Tidak mencuba persetubuhan. 1 = Langsung tidak pernah/ hampir tidak pernah. 2 = Beberapa kali (<50%) 3 = Kadang-kadang(kira-kira 50%) 4 = Sering kali(>50%) 5 = Setiap kali/ hampir setiap kali.	

Bil	Soalan	Skor					Keterangan Skala Skor	Pengesahan <i>Local Preceptor</i>
		Kes 1	Kes 2	Kes 3	Kes 4	Kes 5		
4	Sewaktu bersetubuh, berapa sukarkah untuk mengekalkan ketegangan kemaluan sehingga selesai persetubuhan?						0 = Tidak mencuba bersetubuh. 1 = Tersangat sukar. 2 = Sangat sukar. 3 = Sukar. 4 = Sukar sedikit. 5 = Tidak sukar.	
5	Apabila anda cuba melakukan persetubuhan, berapa kerap anda berasa puas hati?						0 = Tidak mencuba persetubuhan. 1 = Langsung tidak pernah/ hampir tidak pernah. 2 = Beberapa kali (<50%) 3 = Kadang-kadang(kira-kira 50%) 4 = Sering kali(>50%) 5 = Setiap kali/ hampir setiap kali.	
	Jumlah Skor							

Jumlah Skor	Klasifikasi Keterukan Fungsi Seks
1-7	Sangat Teruk
8-11	Sederhana
12-16	Ringan Hingga Sederhana
17-21	Ringan
22-25	Tidak Ada Masalah ED

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

INTERVENSI PESAKIT DIABETES

13. PENGURUSAN PEMAKANAN (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor – Pegawai Dietetik*).

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Mengira BMI pesakit dan ukur lilit pinggang.					
2	Menilai keperluan pemakanan.					
3	Menerangkan penggunaan sample menu yang betul: 1200, 1500, 1800 dan 2000.					
4	Menerangkan <i>Carbohydrate exchange</i> : Penggunaan untuk sukatan – cawan/ mangkuk kecil.					
5	Menerangkan objektif dan matlamat pengawalan pemakanan dalam perawatan diabetes.					
6	Menilai tahap kesediaan untuk mengubah tabiat pemakanan.					
7	Menerangkan jenis atau kumpulan makanan dan fungsi setiap kumpulan makanan, iaitu karbohidrat, protein, lemak, vitamin, mineral dan air.					
8	Memberi nasihat amalkan tabiat diet yang sihat dan seimbang.					
9	Pengurusan penurun berat badan: a. Kiraan berat sasaran. b. Penurunan berat badan sekurang-kurangnya 10% dalam setahun.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

14. SENAMAN & AKTIVITI FIZIKAL (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor – Jurupulih Anggota/ Jurupulih Carakerja*).

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Menilai tahap kesihatan dan kecergasan pesakit untuk melakukan senaman atau aktiviti fizikal.					
2	Menilai paras gula pesakit sesuai untuk melakukan senaman antara 5-10 mmol/L.					
3	Menerangkan tujuan senaman atau aktiviti fizikal.					
4	Menerangkan tentang kekerapan senaman dan aktiviti fizikal (rujuk Piramid Aktiviti Fizikal).					
5	Memastikan pakaian dan kasut yang sesuai untuk melakukan senaman.					
6	Memeriksa kaki sebelum dan selepas bersenam untuk mengenalpasti kecederaan.					
7	Menentukan pemilihan senaman dan kaedah yang sesuai mengikut pesakit.					
8	Memberi tunjuk ajar/ penerangan yang jelas mengenai aktiviti yang dipilih.					
9	Memastikan peringkat senaman mengikut tiga (3) fasa. a. <i>Warm up</i> . b. Senaman. c. <i>Cool down</i> .					

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
10	Memberi nasihat langkah berjaga-jaga. Kenali tanda-tanda hipoglisemia.					
11	Tindakan selepas bersenam: a. Pemeriksaan kami. b. Banyakkan minum air.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

15. PENGAMBILAN UBAT-UBATAN (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor - Pegawai Farmasi*).

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Tujuan pengambilan ubat <i>Oral Anti-Diabetic</i> (OAD).					
2	Menerangkan Klasifikasi ubat:					
	a) Biguanide i. Cara tindakan. ii. Contoh ubat. iii. Cara pengambilan. iv. Kesan sampingan.					
	b) Vildagliptin inhibitor i. Cara tindakan. ii. Contoh ubat. iii. Cara pengambilan. iv. Kesan sampingan.					
	c) Sulphonylurea i. Cara tindakan. ii. Contoh ubat. iii. Cara pengambilan. iv. Kesan sampingan.					
	d) Empagliflozin i. Cara tindakan. ii. Contoh ubat. iii. Cara pengambilan. iv. Kesan sampingan.					

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
	e) Dan lain-lain OAD.					
3	<p>Memberi nasihat kepatuhan kepada pengambilan ubat:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Mengikut arahan doktor. ii. Semak arahan pada sampul ubat. iii. Sebelum/ semasa/ selepas makan. iv. Ikut masa yang disyorkan. v. Jika tertinggal dos ubat, apa tindakan? vi. Jangan mengambil ubatan lain kecuali dibenarkan oleh doktor. vii. Elakkan alkohol. 					
4	<p>Menerangkan cara penyimpanan:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Bekas kedap udara. ii. Tempat kering, jauh dari cahaya matahari. iii. Jangan simpan ubat melebihi tarikh luput/ bertukar warna. iv. Jangan campurkan ubat dalam satu bekas. v. Jauhi dari kanak-kanak. 					
5	<p>Menerangkan langkah keselamatan semasa mengambil OAD:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Beritahu doktor bahawa anda mengambil OAD. ii. Jangan mengambil OAD jika anda hamil atau menyusukan anak. iii. Jika mengalami gejala hipoglisemia, apa tindakan yang perlu diambil? 					
6	Lain-lain soal jawab.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

15. SUNTIKAN INSULIN (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor - Pegawai Farmasi*).

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Menerangkan tujuan prosedur suntikan.					
2	Menerangkan jenis insulin: a. nama insulin. b. tindakan insulin. c. kod warna insulin. d. tarikh luput. e. cara penyimpanan insulin: i. insulin yang belum diguna: - disimpan di dalam peti sejuk bersuhu 2-8 darjah selsius dalam keadaan baring. ii. bagi insulin yang telah digunakan dalam pen, boleh disimpan: - pada suhu bilik (30 darjah selsius untuk tempoh masa selamat 28 hari. - masa suntikan. - dos insulin.					
3	Menerangkan kaedah persediaan peralatan <i>insulin pen/ jarum</i> suntikan insulin.					
4	Menerangkan teknik suntikan insulin.					
5	Minta pesakit tunjukkan cara suntikan seperti yang betul.					

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
6	Menerangkan suntikan insulin semasa bulan puasa.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

16. UJIAN KENDIRI GLUKOSA DARAH (*SELF MONITORING OF BLOOD GLUCOSE - SMBG*) (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*).

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Menerangkan persediaan peralatan.					
2	Menerangkan kepentingan SMBG dalam pengawalan diabetes: a. pemantauan paras gula di rumah. b. pengawalan pemakanan/ senaman untuk mencapai paras gula yang optima. c. komplikasi hipoglisemia dan hiperglisemia. d. komplikasi kronik.					
3	Menerangkan masa/ waktu untuk SMBG berdasarkan CPG dan keperluan pesakit.					
4	Menerangkan kaedah yang betul penggunaan <i>glucometer</i> .					
5	Membuat analisa bacaan SMBG dan tindakan.					
6	Menerangkan sasaran kawalan yang bagus kepada pesakit: a. berpuasa : 4.4-6.1 mmol/L. b. 2 jam selepas makan: 4.4- 8.0mmol/L.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

17. PENGAWALAN DIABETES (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*).

Bil	Tarikh	No. Pendaftaran, Umur & Jantina	HbA1c	Intepretasi	Pelan Perawatan	Pengesahan <i>Local Preceptor</i>
1						
2						
3						
4						
5						

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.

2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

PENJAGAAN DIRI

18. PENJAGAAN KAKI (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor - Jurupulih Anggota/ Jurupulih Carakerja*).

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Menerangkan tentang apakah <i>Diabetic Foot</i> .					
2	Menerangkan tentang penyebab <i>Diabetic Foot</i> .					
3	Menerangkan tentang tanda dan gejala <i>Diabetic Foot</i> .					
4	Menerangkan tentang akibat jika kaki pesakit tidak dijaga dengan betul.					
5	Cara penggunaan peralatan pemeriksaan kaki yang betul (merujuk kepada <i>CPG Management Diabetic Foot</i>): a. Kapas. b. <i>Monofilament</i> . c. <i>Tuning fork 128</i> . d. <i>Tendon hammer</i> . e. Cermin.					
6	Pemeriksaan fizikal: a. Kulit kering. b. <i>Callus/ corn</i> . c. Kulit merekah/ fissure. d. Kerosakan kulit. e. <i>Deformed nail</i> . f. <i>Deformed feet</i> .					

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
7	Pemeriksaan Neurologikal: a. <i>Muscle wasting.</i> b. <i>Loss of proprioception.</i> c. <i>Abnormal monofilament test (>3/10).</i> d. <i>Loss of vibration perception.</i>					
8	Pemeriksaan vaskular: a. <i>Pedal pulse: Posterior tibialis & Dorsalis pedis.</i> b. <i>Capillary refill.</i> c. <i>Temperature gradient.</i> d. <i>Warna.</i>					
9	Pemeriksaan <i>Ankle-Brachial Index (ABI)</i> a. <i>Brachial</i> b. <i>Dorsalis Pedis</i> c. <i>Posterior Tibial</i> d. <i>ABI</i>					
10	Memberi nasihat penjagaan kaki: a. <i>Kebersihan kaki.</i> b. <i>Pemeriksaan kaki.</i> c. <i>Penggunaan kasut yang sesuai.</i> d. <i>Nasihat akibat memakai kasut yang tak sesuai.</i> e. <i>Penggunaan sarung kaki yang sesuai.</i> f. <i>Tunjuk ajar cara betul memotong kuku.</i>					

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
11	Cara-cara senaman kaki yang betul.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

19. PENJAGAAN LUKA (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*).

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Pengetahuan mengenai penjagaan luka: a. kepentingan penjagaan luka. b. bagaimana pembentukan luka terjadi. c. lokasi lazim terjadi luka. d. komplikasi jika penjagaan luka tidak dilakukan. e. kaedah mempercepatkan penyembuhan luka. f. cuci luka setiap hari/ bila perlu.					
2	Tunjuk cara melakukan pencucian luka yang betul: a. aseptik teknik. b. gunakan peralatan yang betul. c. langkah pencucian luka yang betul. d. cuci tangan. e. cuci luka dari bahagian dalam ke luar. f. penggunaan satu kapas untuk satu cucian. g. buang kulit mati yang mati (<i>debridement</i>). h. balut (<i>pack</i>). i. buang kapas kotor ke plastic khas.					
3	Minta pesakit tunjuk cara pencucian luka.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

20. LATIHAN SANGKUTAN DI KLINIK ENDOKRIN HOSPITAL (Sasaran lima (5) yang dipelajari)

Bil	Perkara yang dipelajari	Pengesahan Pegawai Penilai
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		

Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

21. SHORT CASE STUDY (Pembentangan *slide* – Sasaran satu (1) kes)

Tajuk	Tarikh pembentangan	Pengesahan Pegawai Penilai
Ulasan Pegawai Penilai:		

22. LONG CASE STUDY (Penulisan Akademik – Sasaran satu (1) kes)

Tajuk	Tarikh perbincangan	Pengesahan Pegawai Penilai
Ulasan Pegawai Penilai:		

23. KAJIAN KLINIKAL (Sasaran satu (1) kajian)

Tajuk kajian	Objektif	Tarikh penghantaran	Pengesahan Pegawai Penilai
Ulasan Pegawai Penilai:			

(alamat fasiliti kesihatan)

Tarikh: / /

Ketua Penolong Pegawai Perubatan Malaysia,
Cawangan Perkhidmatan Penolong Pegawai Perubatan,
Bahagian Amalan Perubatan,
Kementerian Kesihatan Malaysia,
Aras 6, Blok E1, Kompleks E,
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan,
62590 Wilayah Persekutuan Putrajaya.

RUMUSAN BUKU LOG/ PERAKUAN KOMPETENSI BAGI TUJUAN PENDAFTARAN ASSISTANT MEDICAL OFFICER TECHNICAL EXPERT (AMOTeX) PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN PROGRAM KESIHATAN AWAM KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Dengan ini ***dipersetujui / tidak dipersetujui** calon seperti butiran di bawah untuk didaftarkan sebagai *Assistant Medical Officer Technical Expert (AMOTeX)* dalam bidang **PENGURUSAN DIABETES.**

Nama: _____

No. Kad Pengenalan: _____

No. Perakuan Pendaftaran LPP: _____

No. Perakuan Pembaharuan Tahunan LPP: _____

Tempat Amalan: _____

No. Telefon: (Pejabat) _____ (Bimbit) _____

Tandatangan Pakar:

Cop Rasmi Jawatan:

Tarikh:

*Potong yang tidak berkenaan