



Kementerian Kesihatan Malaysia

Garis Panduan

*Pendaftaran Assistant Medical
Officer Technical Expert (AMOTeX)*
Bagi Penolong Pegawai Perubatan
di Fasiliti Kementerian
Kesihatan Malaysia
Fasa 1



**GARIS PANDUAN PENDAFTARAN
*ASSISTANT MEDICAL OFFICER
TECHNICAL EXPERT (AMOTeX)* BAGI
PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN
DI FASILITI
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
FASA 1**

EDISI 2022

ISI KANDUNGAN

PERKARA	MUKA SURAT
Pengenalan	4
Objektif	5
Kriteria Pendaftaran AMOTeX	6
Jawatankuasa AMOTeX	7
Singkatan	9
Rujukan	10
LAMPIRAN;	
Surat Pemakluman Pelaksanaan Pendaftaran AMOTeX	12
Carta Alir Permohonan AMOTeX	18
Borang Pendaftaran AMOTeX	19
Borang Pembaharuan AMOTeX	25

PENGENALAN

Penolong Pegawai Perubatan (PPP) merupakan salah satu profesion yang bertanggungjawab di dalam memberikan perkhidmatan kesihatan di Malaysia dalam bidang promotif, preventif, kuratif, rehabilitatif dan paliatif sejak 230 tahun yang lalu dan profesion ini berkembang dari masa ke semasa. Penolong Pegawai Perubatan (PPP) didaftarkan di bawah Akta 180, Akta Pembantu Perubatan (Pendaftaran) 1977 dan diselia oleh Cawangan Perkhidmatan Penolong Pegawai Perubatan (CPPPP), Bahagian Amalan Perubatan, Kementerian Kesihatan Malaysia.

Selari dengan perkembangan perkhidmatan perubatan, CPPPP telah merangka pelan jangka panjang bagi perkembangan dan kemajuan profesion PPP. Pada 10 Mac 2018, pelancaran Pelan Pembangunan Profesion Penolong Pegawai Perubatan (6P) yang telah disempurnakan oleh Ketua Pengarah Kesihatan YBhg. Tan Sri Dato' Seri Dr Noor Hisham Bin Abdullah sempena sambutan Hari Pembantu Perubatan Peringkat Kebangsaan kali ke-7.

Pelan ini mengandungi 6 teras iaitu:

1. Pembangunan pendidikan
2. Pengukuhan struktur organisasi
3. Pemantapan peranan PPP
4. Kemajuan kerjaya
5. Pembangunan sumber manusia
6. Pengukuhan kolaborasi antarabangsa

Sehubungan itu, program *Assistant Medical Officer Technical Expert (AMOTeX)* ini merupakan komponen yang terdapat di dalam teras ke 4, dalam Pelan Pembangunan Profesion Penolong Pegawai Perubatan (6P), dimana ia memberi fokus kepada PPP yang mempunyai pengetahuan dan kemahiran tinggi dalam bidang klinikal (*niche area*).

Pelaksanaan program AMOTeX adalah merujuk kepada keputusan Mesyuarat Lembaga Pembantu Perubatan Bil. 67, bertarikh 5 November 2018 telah bersetuju untuk membangunkan satu bentuk pendaftaran bagi ahli profesion PPP yang memiliki kemahiran tinggi di dalam bidang pengkhususan.

Garis panduan ini dapat digunakan sebagai sumber rujukan kepada semua anggota kesihatan yang terlibat dengan program AMOTeX untuk memastikan pelaksanaan program ini lebih berkesan.

OBJEKTIF

1. Mengiktiraf ahli profesion PPP yang mempunyai kemahiran tinggi di dalam bidang klinikal (niche area).
2. Untuk mengekalkan PPP berkemahiran di dalam bidang klinikal.
3. Menyelaras program pembangunan ahli berdaftar yang berkaitan dalam bidang kepakaran secara sistematik dan berterusan.
4. Bagi mengekalkan kualiti penyampaian perkhidmatan kepada pesakit sentiasa baik dan selamat.

KRITERIA PENDAFTARAN AMOTeX

Perkara	Huraian
Pengalaman	Berkhidmat dalam bidang kepakaran selama tiga tahun SELEPAS lulus Diploma Lanjutan/Pos Basik/Kursus berkaitan yang diiktiraf.
Kelayakan akademik	<ol style="list-style-type: none"> 1. Diploma Lanjutan/Pos Basik/Kursus yang berkaitan. 2. <i>Credentialing & Privileging (C&P)</i>. 3. Buku log untuk tiga bidang bagi fasa satu yang tiada <i>Credentialing & Privileging</i> (program kesihatan awam) <p>*Bagi PPP yang tidak memiliki Diploma Lanjutan/Pos Basik/Kursus yang berkaitan tetapi mempunyai <i>Credentialing</i> diperingkat Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM), kelulusan adalah di bawah pertimbangan Jawatankuasa AMOTeX.</p>
Sijil Amalan Tahunan	Mempunyai Pembaharuan Perakuan Tahunan (PPT) terkini.
Pembaharuan Pendaftaran AMOTeX	<p>Tempoh tiga tahun dan berkhidmat dalam bidang yang sama.</p> <p>Bagi tujuan kesinambungan pendaftaran perlu membuat permohonan pembaharuan enam bulan sebelum tamat tempoh.</p>
Pemotongan pendaftaran AMOTeX	<p>Tidak perbaharui pendaftaran melebihi tempoh satu tahun</p> <p>Terlibat kes medikolegal dan disabitkan kesalahan.</p> <p>Telah disahkan tidak layak untuk menjalankan amalan oleh Lembaga Perubatan (<i>Medical Board</i>)</p> <p>Tidak lagi menjalankan tugas dalam bidang kepakaran yang didaftarkan lebih daripada satu tahun.</p>
Proses rayuan	Permohonan rayuan berkuatkuasa mulai tempoh satu bulan daripada tarikh keputusan pemotongan pendaftaran dibuat.

JAWATANKUASA AMOTeX

Jawatankuasa AMOTeX dipengerusikan oleh Pengarah Amalan Perubatan, Bahagian Amalan Perubatan, KKM. Jawatankuasa ini akan menjalankan mesyuarat sebanyak dua (2) kali setahun dan hasil mesyuarat diangkat ke Mesyuarat Lembaga Pembantu Perubatan. Disamping itu juga Jawatankuasa AMOTeX berfungsi dalam menyedia dan mengawal selia garis panduan, akta dan rujukan-rujukan lain yang berkaitan dengan AMOTeX.

1. Jawatankuasa Induk

Jawatan	Tugas
Pengerusi	<p>Mempengerusikan mesyuarat seperti yang ditetapkan</p> <p>Mencadangkan permohonan untuk pendaftaran kepada mesyuarat LPP untuk keputusan</p> <p>Melulus, menolak atau mencadangkan kajian semula terhadap cadangan penambahbaikan terhadap AMOTeX</p> <p>Melantik Ahli Jawatankuasa induk dan teknikal AMOTeX</p>
Setiausaha AMOTeX	<p>Membuat semakan akhir setiap permohonan yang dicadangkan oleh jawatankuasa untuk dibenteng kepada ahli mesyuarat LPP</p> <p>Memohon penilaian semula oleh jawatankuasa induk bagi setiap permohonan mengikut keperluan</p> <p>Membenteng cadangan pendaftaran setiap permohonan kepada ahli mesyuarat LPP</p> <p>Menyemak laporan Jawatankuasa dan diangkat kepada ahli mesyuarat LPP jika terdapat keperluan</p>
Ahli Jawatankuasa	<p>Membangunkan garis panduan AMOTeX</p> <p>Mengawal selia pematuhan terhadap kriteria pendaftaran AMOTeX</p> <p>Menyelaras penyediaan kriteria, kaedah pendaftaran dan pemotongan nama AMOTeX</p>
Jawatankuasa Teknikal	<p>Bertindak sebagai ahli Jawatankuasa teknikal bidang kepakaran yang bertanggungjawab membuat semakan bagi setiap permohonan daripada kluster bidang kepakaran yang diterima</p> <p>Membentangkan permohonan yang telah disemak kepada ahli</p>

Jawatan	Tugas
	jawatankuasa induk AMOTeX untuk sokongan.
Sekretariat Pendaftaran AMOTeX	<p>Mendaftar Penolong Pegawai Perubatan yang diluluskan melalui mesyuarat Lembaga Pembantu Perubatan</p> <p>Membentangkan laporan pencapaian berkaitan aktiviti Jawatankuasa dalam Mesyuarat Lembaga Pembantu Perubatan sebanyak tiga kali setahun.</p> <p>Mengelola dan menyelia rekod pendaftaran AMOTeX</p> <p>Melaksanakan pemotongan nama, proses rayuan dan pemasukan semula selepas keputusan dalam mesyuarat Lembaga Pembantu Perubatan dibuat.</p> <p>Menyelaras aduan dan disiplin berkaitan ahli AMOTeX berdaftar</p>

AHLI JAWATANKUASA

	JAWATAN
Pengerusi	<i>Pengarah Amalan Perubatan</i>
Setiausaha AMOTeX	<i>Ketua Penolong Pegawai Perubatan Malaysia</i>
Ahli Jawatankuasa	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Timbalan Ketua Penolong Pegawai Perubatan</i> • <i>Ketua Sektor</i> • <i>BPKK</i> • <i>BPP</i> • <i>BPL</i>
Ahli Jawatankuasa Teknikal	<i>3 PPP daripada disiplin berkaitan mengikut kluster bidang</i>
Sekretariat Pendaftaran	<i>Sekretariat Lembaga Pembantu Perubatan</i>

SINGKATAN

SINGKATAN	DEFINISI
AMOTeX	<i>Assistant Medical Officer Technical Expert</i>
ARC	<i>Annual Renewal Certificate</i>
BPKK	Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga
BPP	Bahagian Perkembangan Perubatan
BPL	Bahagian Pengurusan Latihan
CPPPP	Cawangan Perkhidmatan Penolong Pegawai Perubatan
KKM	Kementerian Kesihatan Malaysia
LPP	Lembaga Pembantu Perubatan
PPT	Pembaharuan Perakuan Tahunan
PPP	Penolong Pegawai Perubatan
6P	Pelan Pembangunan Profesion Penolong Pegawai Perubatan

RUJUKAN

1. Akta 180, Akta Pembantu Perubatan (Pendaftaran) 1977
2. Peraturan-Peraturan Pembantu Perubatan (Pendaftaran) 1979
3. *Credentialing & Privileging Guidelines for Nurses, Assistant Medical Officer and Allied Health Professionals* (2nd Edition 2018)
4. Pelan Pembangunan Profesion Penolong Pegawai Perubatan (6P)

LAMPIRAN



KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA

Kementerian Kesihatan Malaysia
Aras 12, Blok E7, Kompleks E
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 PUTRAJAYA

Tel.: 03-8000 8000
Faks: 03-8889 5542
Email: anhisham@moh.gov.my

Ruj.Kami : KKM 600-13/8/6 (40)
Tarikh : 22 Ogos 2022

SEPERTI SENARAI EDARAN

YBhg. Datuk/ Dato' Indera/ Datin Paduka/ Dato'/ Datin/ Dr./ Tuan/ Puan,

PEMAKLUMAN PELAKSANAAN PENDAFTARAN ASSISTANT MEDICAL OFFICER TECHNICAL EXPERT (AMOTeX) FASA 1 BAGI PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN DI FASILITI KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Dengan segala hormatnya merujuk perkara di atas.

2. Dimaklumkan bahawa, mesyuarat Lembaga Pembantu Perubatan (LPP) Bil. 67 bertarikh 05 November 2018 bersetuju dan memperakui untuk membangunkan satu bentuk pendaftaran bagi ahli profesion Penolong Pegawai Perubatan (PPP) yang memiliki pengetahuan dan kemahiran tinggi dalam bidang pengkhususan klinikal.

3. Pendaftaran ini bertujuan mengiktiraf dan mengekalkan PPP dalam bidang-bidang yang mempunyai latihan pos basik dan setara dengannya. Inisiatif ini akan memastikan kesinambungan perkhidmatan yang berkualiti tinggi dapat disampaikan kepada masyarakat di samping mengelakkan *brain drain* daripada berlaku disebabkan oleh kenaikan pangkat dan pertukaran PPP ke fasiliti atau bidang lain. Melalui pendaftaran ini, maklumat PPP yang berkemahiran tinggi dapat dikumpul secara sistematik dan digunapakai dalam usaha untuk menempatkan mereka di jawatan *flexi* dalam bidang-bidang *niche area* PPP yang telah dikenalpasti.

Sebagai langkah permulaan bagi inisiatif ini, 8 bidang klinikal telah dikenalpasti di bawah Fasa 1 seperti berikut:

Program Perubatan:

- i. Kecemasan dan Trauma
- ii. Ortopedik
- iii. Nefrologi
- iv. Neurofisiologi
- v. Kardiologi, Kardiologi Perfusi dan Kardiologi Torasik

Program Kesihatan Awam:

- i. Kaunseling HIV/AIDS
- ii. Penjagaan Luka
- iii. Pengurusan Diabetes

4. Sehubungan itu, pelaksanaan pendaftaran AMOTeX ini berkuatkuasa mulai dari tarikh surat ini dikeluarkan. Bersama ini dilampirkan garis panduan serta borang pendaftaran dan pembaharuan AMOTeX sebagai rujukan. Garis panduan dan borang pendaftaran AMOTeX juga boleh dimuat turun melalui portal Kementerian Kesihatan Malaysia <https://www.moh.gov.my/index.php/pages/view/2162?mid=754>. Sebarang pertanyaan, sila hubungi En. Wan Asrulnizan Bin Wan Mustaffa di talian 03-8883 1383 atau emel: wan.asrulnizan@moh.gov.my.

Kerjasama dan sokongan YBhg. Datuk/ Dato' Indera/ Datin Paduka/ Dato'/ Datin/ Dr./ Tuan/ Puan dalam perkara ini didahului dengan ucapan terima kasih.

Sekian,

“WAWASAN KEMAKMURAN BERSAMA 2030”

“BERKHIDMAT UNTUK NEGARA”

Saya yang menjalankan amanah,


(TAN SRI DATO' SERI DR. NOOR HISHAM BIN ABDULLAH)

s.k

Ketua Setiausaha
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Penyelidikan & Sokongan Teknikal)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah
Bahagian Perkembangan Perubatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah
Bahagian Amalan Perubatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

Ketua Penolong Pegawai Perubatan Malaysia
Cawangan Perkhidmatan Penolong Pegawai Perubatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

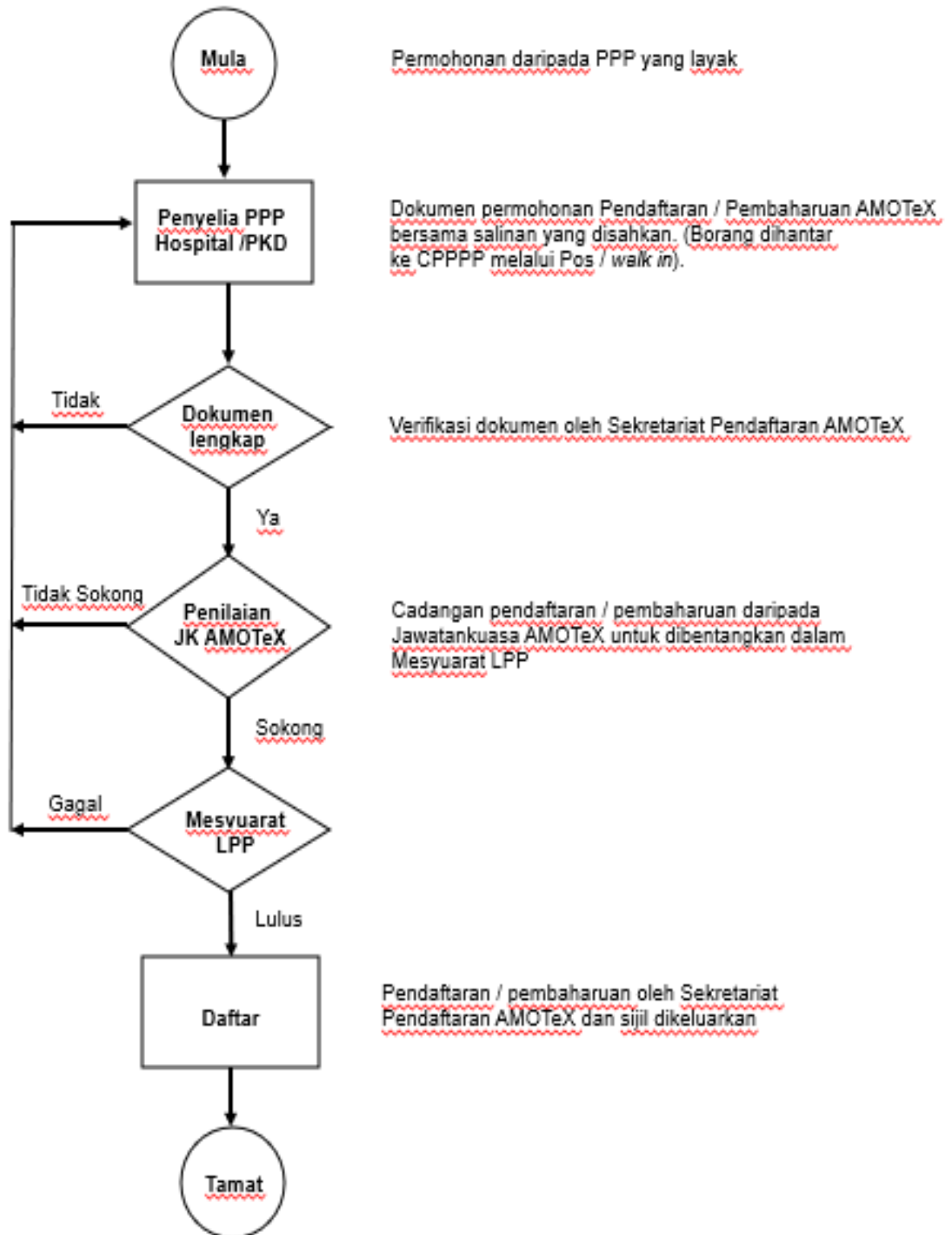
SENARAI EDARAN

1. Pengarah
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga
Kementerian Kesihatan Malaysia
2. Pengarah
Bahagian Perkembangan Kesihatan Awam
Kementerian Kesihatan Malaysia
3. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Perlis
4. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Kedah
5. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Pulau Pinang
6. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Perak
7. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor
8. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Sembilan
9. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Melaka
10. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Johor
11. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan
12. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Pahang
13. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Terengganu
14. Pengarah
Jabatan Kesihatan Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur & Putrajaya

15. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Sabah
16. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak
17. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri
Wilayah Persekutuan Labuan
18. Pengarah
Institut Kanser Negara
19. Pengarah
Institut Perubatan Respiratori
20. Datuk Dr. Mahathar bin Abd Wahab
Ketua Perkhidmatan Kecemasan & Trauma Kebangsaan
Ketua Jabatan & Pakar Perunding Kanan
Jabatan Kecemasan & Trauma
Hospital Kuala Lumpur
21. Datuk Dr. Abd Kahar bin Abd Ghapar
Ketua Perkhidmatan Kardiologi Kebangsaan
Ketua Jabatan dan Pakar Perunding Kanan Kardiologi
Jabatan Kardiologi
Hospital Serdang, Selangor
22. Dr (Mr.) Saadon bin Ibrahim
Ketua Perkhidmatan Ortopedik Kebangsaan
Pakar Perunding Kanan Ortopedik
Hospital Sultan Ismail
Johor
23. Dr. Sunita a/p Bavanandam
Ketua Perkhidmatan Nefrologi Kebangsaan
Pakar Perunding Nefrologi
Jabatan Nefrologi
Hospital Kuala Lumpur
24. Dr. Sapiah binti Sapuan
Ketua Perkhidmatan Neurologi Kebangsaan
Pakar Perunding Kanan Neurologi &
Ketua Unit Neurologi
Hospital Sg. Buloh, Selangor

25. Dr. Nik Mazlina Binti Mohamad
Ketua Perkhidmatan Perubatan Keluarga
Pakar Perunding Perubatan Keluarga
Klinik Kesihatan Kelana Jaya
Petaling Jaya, Selangor

CARTA ALIR PERMOHONAN PENDAFTARAN DAN PEMBAHARUAN AMOTeX



1. Borang Pendaftaran AMOTeX

SENARAI SEMAK

Sila tandakan (√) pada yang berkenaan

1. Borang permohonan **AMOTeX APPLICATION FORM** yang lengkap perlu ditandatangani oleh **Ketua Penyelia** dan **Ketua Jabatan Klinikal / Pakar Kesihatan Keluarga**
2. Salinan **Perakuan Pembaharuan Tahunan (PPT)** Penolong Pegawai Perubatan yang disahkan (tahun semasa)
3. Salinan **Sijil Perakuan Pendaftaran Pembantu Perubatan** yang disahkan
4. Salinan **Sijil Pos Basik (PB)/ Diploma Lanjutan** yang disahkan
5. Salinan **Sijil Credentialing** terkini yang disahkan bagi Program Perubatan **ATAU** salinan **Rumusan Buku Log** bagi Program Kesihatan Awam.

Semua borang dan salinan sijil hendaklah dihantar dalam satu salinan sahaja

Alamat Penghantaran Borang Permohonan :

KETUA PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN
CAWANGAN PERKHIDMATAN PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN
BAHAGIAN AMALAN PERUBATAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
ARAS 6, BLOK E1, KOMPLEKS E,
PUSAT PENTADBIRAN KERAJAAN PERSEKUTUAN
62590 PUTRAJAYA
WILAYAH PERSEKUTUAN PUTRAJAYA

Tel : 03 8883 1370

Di semak oleh:

(Tandatangan & Cop Penyelia)

AMOTeX APPLICATION FORM

HOSPITAL / DISTRICT HEALTH OFFICE (PKD) :

DATE OF APPLICATION :

1. PERSONAL DETAILS

1.1 Name :

1.2 I/C Number :

1.3 Office Address :

.....

.....

.....

1.4 Area/ Discipline/ Specialty:

1.5 Telephone Number: Office :

Mobile :

1.6 Email Address :

1.7 Date of first appointment : (DD/MM/YY)

1.8 Duration of service:years

1.9 Date of Full Registration with Medical Assistant Board :

1.10 Current Annual Renewal Certificate No.:

2. PROFESSIONAL QUALIFICATIONS

Diploma / Degree / Masters/ etc.	University/ College	Year of qualification

(Please attach certified copies of degree /diploma /certificate with the form)

3. POST BASIC TRAINING / RELATED COURSES

Type of Training	Institution	Duration (month)	Year (Qualified)

(Please attach certified copies of certificates obtained, Please use attachment sheet if space inadequate)

4. WORKING EXPERIENCE

Discipline	Place	dd/mm/yy (from – till)	Duration

(Use attachment sheet if space inadequate)

5. AMOTeX APPLIED

- | | | | |
|-------------------------------------|--------------------------------------|-------------------------------------|-----------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Cardiology | <input checked="" type="checkbox"/> | Neurosurgery |
| <input type="checkbox"/> | Cardiovascular Perfusion | <input checked="" type="checkbox"/> | Obstetrics & Gynecology |
| <input type="checkbox"/> | Cardiothoracic Surgery | <input checked="" type="checkbox"/> | Oncology |
| <input type="checkbox"/> | Emergency Medicine & Trauma Services | <input checked="" type="checkbox"/> | Otorhinolaryngology |
| <input type="checkbox"/> | Nephrology | <input checked="" type="checkbox"/> | Ophthalmology |
| <input type="checkbox"/> | Orthopaedic | <input checked="" type="checkbox"/> | Plastic & Reconstructive Surgery |
| <input type="checkbox"/> | Neurophysiology | <input checked="" type="checkbox"/> | Pre Hospital & Ambulance Services |
| <input type="checkbox"/> | Diabetes | <input checked="" type="checkbox"/> | Psychiatry & Mental Health |
| <input type="checkbox"/> | HIV/AIDS Counseling | <input checked="" type="checkbox"/> | Radiotherapy & Oncology |
| <input type="checkbox"/> | Wound Care Management | <input checked="" type="checkbox"/> | Respiratory |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Anesthesiology & Intensive Care | <input checked="" type="checkbox"/> | Urology |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Endoscopy | <input checked="" type="checkbox"/> | Adolescent Health Programs |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Forensic Medicine | <input checked="" type="checkbox"/> | Elderly Health Programs |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Nuclear Medicine | <input checked="" type="checkbox"/> | Epidemiology |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Hand & Microsurgery | <input checked="" type="checkbox"/> | Men's Health Programs |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Infection Control | <input checked="" type="checkbox"/> | Primary Health Care |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Intensive Care | <input checked="" type="checkbox"/> | TB/Leprosy |

*Please **do not tick** (✓) on the black box. Only applicable for the 2nd phase of AMOTeX

6. NAME OF TWO REFEREES

NAME	POSITION	PLACE OF WORK

I hereby declare that all the information given above are true and correct.

Signature of applicant :

Date :

7. APPLICANT APPRAISAL [to be filled by AMO Supervisor (Department/unit)]

7.1 I have known the applicant for..... (duration)

7.2 I recommend / do not recommend the applicant for AMOTeX registration in the field requested.
(delete where applicable)

.....

Signature Official

Stamp :

Contact No :

Date :

8. APPLICATION APPROVAL [By Head of Department (Clinical) / FMS / PHMS]

..... is approved / not approved for submission to the AMOTeX Assessment Committee.

.....

Date :

Signature

Official stamp :

FOR OFFICIAL USE

AMOTEX ASSESSMENT COMMITTEE DECISION

Application Approved	<input type="checkbox"/>
For Reassessment*	<input type="checkbox"/>
Application Rejected*	<input type="checkbox"/>

*Reasons:

.....
.....
.....

AMOTeX Assessment Committee Chairman.

.....
Signature

Date.....

The above decision will be brought to the next Medical Assistant Board (MAB) meeting for endorsement

2. Borang Pembaharuan AMOTeX

SENARAI SEMAK

Sila tandakan (√) pada yang berkenaan

1. Borang **APPLICATION FOR RENEWAL AMOTeX FORM**
perlu diisi dengan lengkap oleh pemohon dan ditandatangani oleh Ketua Jabatan
2. Salinan **Perakuan Pembaharuan Tahunan (PPT)** Penolong Pegawai
Perubatan yang disahkan (tahun semasa)
3. Salinan **Sijil AMOTeX** yang akan tamat tempoh.

Nota : Borang permohonan bagi memperbaharui pendaftaran AMOTeX hendaklah dihantar enam (6) bulan sebelum tarikh tamat tempoh Sijil AMOTeX.

Semua Borang dan Salinan Sijil hendaklah dihantar dalam satu salinan sahaja.

Alamat Penghantaran Borang Permohonan :

KETUA PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN
CAWANGAN PERKHIDMATAN PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN
BAHAGIAN AMALAN PERUBATAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
ARAS 6, BLOK E1, KOMPLEKS E,
PUSAT PENTADBIRAN KERAJAAN PERSEKUTUAN
62590 PUTRAJAYA
WILAYAH PERSEKUTUAN PUTRAJAYA

Tel : 03 8883 1370

Di semak oleh:
(Tandatangan & Cop Penyelia)

RENEWAL AMOTeX APPLICATION FORM

HOSPITAL / DISTRICT HEALTH OFFICE (PKD) :

Name of Applicant :

Identity Card No :

Tel. Number : Office :

Mobile :

Email Address :

Area of AMOTeX applied for (*tick in the appropriate box*) :

<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Cardiology</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Cardiovascular Perfusion</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Cardiothoracic Surgery</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Emergency Medicine & Trauma Services</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Nephrology</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Orthopaedic</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Neurophysiology</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Diabetes</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>HIV/AIDS Counseling</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Wound Care Management</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Anesthesiology & Intensive Care</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Endoscopy</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Forensic Medicine</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Nuclear Medicine</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Hand & Microsurgery</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Infection Control</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Intensive Care</td></tr> </tbody> </table>	<input type="checkbox"/>	Cardiology	<input type="checkbox"/>	Cardiovascular Perfusion	<input type="checkbox"/>	Cardiothoracic Surgery	<input type="checkbox"/>	Emergency Medicine & Trauma Services	<input type="checkbox"/>	Nephrology	<input type="checkbox"/>	Orthopaedic	<input type="checkbox"/>	Neurophysiology	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS Counseling	<input type="checkbox"/>	Wound Care Management	<input checked="" type="checkbox"/>	Anesthesiology & Intensive Care	<input checked="" type="checkbox"/>	Endoscopy	<input checked="" type="checkbox"/>	Forensic Medicine	<input checked="" type="checkbox"/>	Nuclear Medicine	<input checked="" type="checkbox"/>	Hand & Microsurgery	<input checked="" type="checkbox"/>	Infection Control	<input checked="" type="checkbox"/>	Intensive Care	<table style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tbody> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Neurosurgery</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Obstetrics & Gynecology</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Oncology</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Otorhinolaryngology</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Ophthalmology</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Plastic & Reconstructive Surgery</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Pre Hospital & Ambulance Services</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Psychiatry & Mental Health</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Radiotherapy & Oncology</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Respiratory</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Urology</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Adolescent Health Programs</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Elderly Health Programs</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Epidemiology</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Men's Health Programs</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>Primary Health Care</td></tr> <tr><td><input checked="" type="checkbox"/></td><td>TB/Leprosy</td></tr> </tbody> </table>	<input checked="" type="checkbox"/>	Neurosurgery	<input checked="" type="checkbox"/>	Obstetrics & Gynecology	<input checked="" type="checkbox"/>	Oncology	<input checked="" type="checkbox"/>	Otorhinolaryngology	<input checked="" type="checkbox"/>	Ophthalmology	<input checked="" type="checkbox"/>	Plastic & Reconstructive Surgery	<input checked="" type="checkbox"/>	Pre Hospital & Ambulance Services	<input checked="" type="checkbox"/>	Psychiatry & Mental Health	<input checked="" type="checkbox"/>	Radiotherapy & Oncology	<input checked="" type="checkbox"/>	Respiratory	<input checked="" type="checkbox"/>	Urology	<input checked="" type="checkbox"/>	Adolescent Health Programs	<input checked="" type="checkbox"/>	Elderly Health Programs	<input checked="" type="checkbox"/>	Epidemiology	<input checked="" type="checkbox"/>	Men's Health Programs	<input checked="" type="checkbox"/>	Primary Health Care	<input checked="" type="checkbox"/>	TB/Leprosy
<input type="checkbox"/>	Cardiology																																																																				
<input type="checkbox"/>	Cardiovascular Perfusion																																																																				
<input type="checkbox"/>	Cardiothoracic Surgery																																																																				
<input type="checkbox"/>	Emergency Medicine & Trauma Services																																																																				
<input type="checkbox"/>	Nephrology																																																																				
<input type="checkbox"/>	Orthopaedic																																																																				
<input type="checkbox"/>	Neurophysiology																																																																				
<input type="checkbox"/>	Diabetes																																																																				
<input type="checkbox"/>	HIV/AIDS Counseling																																																																				
<input type="checkbox"/>	Wound Care Management																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Anesthesiology & Intensive Care																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Endoscopy																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Forensic Medicine																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Nuclear Medicine																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Hand & Microsurgery																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Infection Control																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Intensive Care																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Neurosurgery																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Obstetrics & Gynecology																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Oncology																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Otorhinolaryngology																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Ophthalmology																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Plastic & Reconstructive Surgery																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Pre Hospital & Ambulance Services																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Psychiatry & Mental Health																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Radiotherapy & Oncology																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Respiratory																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Urology																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Adolescent Health Programs																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Elderly Health Programs																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Epidemiology																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Men's Health Programs																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	Primary Health Care																																																																				
<input checked="" type="checkbox"/>	TB/Leprosy																																																																				

*Please **do not tick (√)** on the black box. Only applicable for the 2nd phase of AMOTeX

Presently application for AMOTeX approved from till

Present AMOTeX Certificate No. :

Current ARC No. :

PLACE OF WORK SINCE OBTAINING AMOTeX CERTIFICATE

Hospital / PKD	Area / Discipline / Specialty	Duration (From – Till)

Please use additional sheets for extra space

DECLARATION

I request to renew my AMOTeX certificate in the above area for a period of 3 years.
I hereby declare the information given is correct.

Applicant's Signature : Date :

RECOMMENDATION BY HEAD OF DEPARTMENT (CLINICAL) / FMS / PHMS

I certify that the above information is correct and this application is:

recommended not recommended.

..... Date :
Signature

Official stamp :

DECISION BY AMOTeX ASSESSMENT COMMITTEE

This application is Approved Deferred* Rejected*

*Reasons:
.....

Signature Date

The above decision will be brought to the next Medical Assistant Board (MAB) meeting for endorsement