



**SEKSYEN 1- UNTUK DIISI OLEH CALON
BAHAGIAN A**

[illegible][illegible][illegible][illegible]

D	D	M	M	Y	Y	

--	--

L	
P	

BUJANG	
KAHWIN	

--	--	--	--	--	--	--	--	--

--	--	--	--	--	--	--

--	--

[illegible]

--	--	--	--	--	--	--	--	--

[illegible][illegible][illegible][illegible]

BAHAGIAN B

PENGISYTIHARAAN TAHAP KESIHATAN DIRI SENDIRI DAN KELUARGA. SILA MAKLUMKAN DENGAN JELAS JIKA ANDA ATAU AHLI KELUARGA ANDA MENGHIDAPI PENYAKIT-PENYAKIT BERIKUT. AHLI KELUARGA ADALAH IBU, BAPA DAN ADIK BERADIK

MASALAH PERUBATAN	SENDIRI		KELUARGA		JIKA "YA" SILA NYATAKAN
	YA	TIDAK	YA	TIDAK	
1. Kecacatan kekal atau penyakit diwarisi					
2. Alahan					
3. Penyakit mental					
4. Sawan, angin ahmar, penyakit saraf yang lain					
5. Kencing manis					
6. Darah tinggi					
7. Penyakit jantung atau kardiovaskular					
8. Lelah					
9. Penyakit tiroid					
10. Penyakit buah pinggang					
11. Batuk kering					
12. Ketagihan dadah					
13. AIDS, HIV					
14. Sejarah pembedahan					
15. Hepatitis B/C					
16. Kanser					
17. Penyakit lain					

Perubatan semasa (jangkamas panjang)

1.-----

3.-----

2.-----

4.-----

SYESEN 2 – PEMERIKSAAN FIZIKAL

Di isi oleh doktor yang memeriksa

1. UKURAN TANDA VITAL			
TINGGI: _____m	TEKANAN _____mmHg		
	DARAH:		
BERAT: _____kg	KADAR		
BMI: _____	NADI : _____/min		
UJIAN PENGLIHATAN:	Unaided: R_____ L_____	UJIAN PENGLIHATAN (WARNA):	
	Aide: R_____ L_____	NORMAL/ABNORMAL	

2. PEMERIKSAAN AM			
PERKARA	YA	TIDAK	ULASAN
a. DEFORMITIES			
b. PALLOR			
c. CYANOSIS			
d. JAUNDICE			
e. OEDEMA			
f. SKIN DISEASES			

3. PEMERIKSAAN SISTEMIK			
PERKARA	NORMAL	ABNORMAL	ULASAN
a. EYES (including fundus copy)			
b. EARS			
c. NOSE			
d. ORAL CAVITY/THROAT			
e. NECK			
f. HEART			
g. LUNGS			
h. ABDOMEN/HERNIA ORIFICES			
i. NERVOUS SYSTEM			
j. MENTAL CONDITION			
k. MUSCULOSKELETAL SYSTEM			
l. MUSCULOSKELETAL SYSTEM			

SYEKEN 3 - PENYIASATAN

Bahagian 1:

UJIAN URIN		
PERKARA	TARIKH DIAMBIL	KEPUTUSAN
a. ALBUMIN		
b. SUGAR		

Bahagian 2:

Siasatan lain yang berkaitan (jika berkenaan)

X-ray dada, ujian darah, dan air kencing untuk ubat tidak wajib. Walau bagaimanapun, jika ditunjukkan atau tertakluk kepada peraturan Universiti (iaitu pelajar asing, calon untuk pendaftaran perubatan / kesihatan bersekutu) dan/atau memeriksa permintaan doktor, semua laporan mesti disertakan.

1. Adakah anda mempunyai sejarah tanda-tanda berikut selama dua minggu yang lalu?

	/	x
Batuk berpanjangan		
Demam yang berterusan		
Kurang selera makan		
Pengurangan berat		
Berpeluh pada waktu malam		
Batuk berdarah		

2. Adakah keluarga / rakan sekerja / rakan sekolah anda pernah menghidap TB (batuk kering)?

3. Kumpulan berisiko tinggi yang perlu disaring untuk TB:

	/	x
PLHIV		
Kegagalan buah pinggang kronik semasa dialisis		
Pesakit Rheumatoid Arthritis pada anti-TNF		
COPD		
Tahanan penjara/pusat tahanan		
Diabetes		
Merokok		
Methadone dan penyalahgunaan bahan terlarang		

Note:

Soalan 1 - Jika mana-mana simptom terdetik, lakukan pemeriksaan kahak AFB dan x-ray dada untuk pemeriksaan dan diagnosis TB

Soalan 2 - Jika ya hendaklah merujuk/melakukan saringan kontak TB

Soalan 3 - Jika ya hendaklah merujuk/melakukan saringan berisiko tinggi TB.

MAKLUMAT X-RAY DADA	
NO X-RAY DADA	
TARIKH & TEMPAT DIAMBIL	
LAPORAN	

BAHAGIAN 4 - PENGESAHAN OLEH DOKTOR PEMERIKSA

Saya dengan ini memperakui bahawa saya telah memeriksa _____
dengan ID No. Pasport No. _____ pada tarikh ini _____ dan mendapati dia

☐

DALAM KESIHATAN YANG BAIK

☐

MEMPUNYAI MASALAH PERUBATAN (sila nyatakan)

☐

SEDANG MENJALANI RAWATAN UNTUK: (Sila nyatakan)

Tarikh:

Tandatangan Doktor : _____

Nama Doktor : _____

Kelayakan : _____

Cop Rasmi Klinik : _____

Ulasan Pegawai Universiti: