

LAMPIRAN D

**LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN UNTUK MENGIKUTI PROGRAM
KOLEJ GENIUS@Pintar NEGARA, UKM**

*Murid hendaklah mengisi borang ini dan menyerahkannya kepada Pegawai Perubatan ketika membuat pemeriksaan kesihatan di **Hospital / Klinik (KERAJAAN ATAU SWASTA)**. Murid adalah bertanggungjawab untuk memberikan keterangan-keterangan yang betul dalam laporan ini. Sekiranya murid dengan sengaja tidak memberikan keterangan yang betul, tawaran bagi mengikuti pengajian di Kolej GENIUS@Pintar Negara, UKM boleh dibatalkan/ditarik balik.*

PENTING: Murid **DIWAJIBKAN** membawa borang laporan kesihatan ini bersama buku rekod kesihatan murid semasa pendaftaran. Filem X- ray **TIDAK PERLU DIBAWA** ke kolej dan disimpan oleh murid.

Nama Penuh Murid : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh Lahir : _____ Umur : _____

(Ruang ini perlu diisi oleh murid)

Adakah anda menghidap:

Ya/ Tidak

- | | | |
|----|--|-------|
| a) | Air ludah berdarah, lelah, sakit menyucuk (Pleurisy), atau apa-apa penyakit? | _____ |
| b) | Sengal-sengal, bengkak kaki, pitam atau burut? | _____ |
| c) | Sakit saraf, mereng atau gila babi | _____ |
| d) | Penyakit yang lain atau kecederaan diri yang mudarat? | _____ |

Adakah anda pernah diperiksa oleh Lembaga Perubatan? Jika ada sila beri butir-butirnya. _____

Saya dengan ini mengaku bahawa jawapan-jawapan di atas adalah benar dan lengkap.

Tarikh : _____ Tandatangan : _____

INGATAN: Jika anda pernah memakai cermin mata bagi sebarang kegunaan, anda hendaklah membawanya bersama-sama untuk diperiksa oleh Pegawai Perubatan.

PEMERIKSAAN KESIHATAN *(Diisi oleh Pegawai Perubatan)*

Pegawai-pegawai Perubatan diminta memeriksa pelajar secara menyeluruh dan menyiapkan laporan di bawah ini:

-
- | | | | |
|----|----|---|------------|
| 1. | a) | Adakah tuan mengenali murid ini? | (Ya/Tidak) |
| | b) | Adakah tuan pernah mengubatinya?
Jika Ya, Nyatakan _____ | (Ya/Tidak) |
| | c) | Tinggi murid | _____ |
| | d) | Berat murid | _____ |
-

2. PEMERIKSAAN MATA

- | | | | |
|----|--|---------------------|------------------------------|
| a) | Penglihatan (tanpa memakai cermin mata) | M. Kiri
M. Kanan | (Baik/Tidak)
(Baik/Tidak) |
| b) | Penglihatan (dengan memakai cermin mata) | M. Kiri
M. Kanan | (Baik/Tidak)
(Baik/Tidak) |
| c) | Periksa bahagian dalam mata (jika perlu) | M. Kiri
M. Kanan | (Baik/Tidak)
(Baik/Tidak) |
-

3. PEMERIKSAAN TELINGA

- | | | |
|----|----------------------------|--------------|
| a) | Adakah telinganya bernanah | (Ya/Tidak) |
| b) | Keadaan gegendang telinga | (Baik/Tidak) |
| c) | Keadaan pendengaran | (Baik/Tidak) |
-

4. PEMERIKSAAN GIGI

- | | | |
|----|---------------------------|--------------|
| a) | Kerosakan gigi yang teruk | (Baik/Tidak) |
| b) | Penggunaan gigi palsu | (Ya/Tidak) |
-

5. PEMERIKSAAN DADA

- | | | |
|----|---|---------------------|
| a) | Sifatnya? | (Biasa/ Luar Biasa) |
| b) | Bila menarik nafas adakah penarikan nafas biasa? | (Ya/Tidak) |
| c) | Semasa penarikan nafas, adakah sama besar kedua-dua
belah dadanya? | (Ya/Tidak) |

- | | | |
|----|--|----------------|
| d) | Bunyi ketukan (<i>Percussion</i>) | (Normal/Tidak) |
| e) | Bunyi jantung, paru-paru dan lain-lainnya (<i>Ausculation</i>) | (Normal/Tidak) |
| f) | Penyata gambar x-ray | (Normal/Tidak) |
-

6. KEADAAN JANTUNG

- | | | |
|----|-----------------------------|----------------|
| a) | Rentaknya (<i>Rhythm</i>) | (Normal/Tidak) |
| b) | Bunyi jantung | (Normal/Tidak) |
| c) | Saiz jantung | (Normal/Tidak) |
-

7. NADI

- | | | |
|----|----------------|----------------|
| a) | Kadar seminit | _____ |
| b) | Sifat denyutan | (Normal/Tidak) |
-

8. TEKANAN DARAH

- | | | |
|-----|-----------|-------|
| (a) | Sistolik | _____ |
| (b) | Diastolik | _____ |
-

9. PEMERIKSAAN ABDOMEN

- | | | |
|----|---|---------------------------|
| a) | Hati | (Palpabel/Tidak Palpabel) |
| b) | Limpa (<i>Spleen</i>) | (Palpabel/Tidak Palpabel) |
| c) | Adakah mempunyai bengkak yang luar biasa dalam perut? | (Ya/Tidak) |
-

10. PEMERIKSAAN AIR KENCING

- | | | |
|----|------------|-------|
| a) | SP Gravity | _____ |
| b) | Albumin | _____ |
| c) | Gula | _____ |

11. PEMERIKSAAN KAJI SARAF

- | | | |
|----|--|----------------|
| a) | Keadaan sentak lutut | (Biasa/Tidak) |
| b) | Keadaan sentak buku lali | (Normal/Tidak) |
| c) | Keadaan sentak tapak kaki | (Normal/Tidak) |
| d) | Adakah sama besar anak matanya? | (Normal/Tidak) |
| e) | Bolehkah anak matanya melihat cahaya? | (Normal/Tidak) |
| f) | Bolehkah anak matanya melihat benda yang dekat dan jauh? | (Normal/Tidak) |
| g) | Adakah hilang apa-apa pancaindera? | (Normal/Tidak) |

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa:

(Nama murid _____ No. K/P _____) dan saya dapati beliau *sesuai / tidak sesuai untuk mengikuti pengajian di Kolej GENIUS@Pintar Negara, UKM dan tinggal di asrama serta boleh mengikuti sebarang aktiviti kokurikulum yang dijalankan.

**Potong mana yang tidak berkenaan*

Tandatangan: _____

Nama: _____

Kelayakan: _____

Jawatan dan cop rasmi: