

NOTIFIKASI PENYAKIT BERJANGKIT YANG PERLU DILAPORKAN

(Seksyen 10, Akta Pencegahan Dan Pengawalan Penyakit Berjangkit 1988)

A. MAKLUMAT PESAKIT

1. Nama Penuh (HURUF BESAR): **C H O W H S I E N L U N G**

Nama Pengiring (Ibu/Bapa/Penjaga):
(Jika belum mempunyai Kad Pengenalan diri)

2. No. Kad Pengenalan Diri / Dokumen Perjalanan **8 8 0 6 0 1 1 0 5 1 4 9** ☒ Sendiri ☐ Pengiring
(Untuk Bukan Warganegara)

No. Daftar Hospital / Klinik Nama Wad: **KENANGA 1** Tarikh Masuk Wad: **1 3** - **0 3** - **2 0 2 1**

3. Kewarganegaraan:

Warganegara:

☒ Ya Keturunan: **C I N A**

Sukuketurunan:

(Bagi O/Asli, Pribumi Sabah/Sarawak)

☐ Tidak Negara Asal:

Status

Kedatangan: ☐ Izin ☐ Tanpa Izin ☐ Penduduk Tetap

4. Jantina: ☒ Lelaki ☐ Perempuan

5. Tarikh Lahir: **0 1** - **0 6** - **1 9 8 8**

6. Umur: **3 2** ☒ Tahun ☐ Bulan ☐ Hari

7. Pekerjaan: **DOCTOR**

(Jika tidak bekerja, nyatakan status diri)

8. No. Telefon: ☐ Rumah ☒ Tel. Bimbit ☐ Pejabat **0 1 6 3 1 8 4 1 2 0**

(Untuk dihubungi)

9. Alamat Kediaman **C 2, KUARTERS KLINIK KESIHATAN JEN**

GKA 2, MARAN, PAHANG

10. Alamat Tempat Kerja / Belajar:

C 2, KUARTERS KLINIK KESIHATAN JENGK

A 2, MARAN, PAHANG

B. DIAGNOSIS PENYAKIT

- | | | |
|--|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1. Poliomyelitis | <input type="checkbox"/> 16. Hand, Food and Mouth Disease | <input type="checkbox"/> 31. Syphilis - Acquired |
| <input type="checkbox"/> 2. Viral Hepatitis A | <input type="checkbox"/> 17. Human Immunodeficiency Virus Infection | <input type="checkbox"/> 32. Tetanus Neonatorum |
| <input type="checkbox"/> 3. Viral Hepatitis B | <input type="checkbox"/> 18. Influenza | <input type="checkbox"/> 33. Tetanus (Others) |
| <input type="checkbox"/> 4. Viral Hepatitis C | <input type="checkbox"/> 19. Leprosy (Multibacillary) | <input type="checkbox"/> 34. Typhus - Scrub |
| <input type="checkbox"/> 5. Viral Hepatitis (Others) | <input type="checkbox"/> 20. Leprosy (Paucibacillary) | <input type="checkbox"/> 35. Tuberculosis - PTB Smear Positive |
| <input type="checkbox"/> 6. AIDS | <input type="checkbox"/> 21. Leptospirosis | <input type="checkbox"/> 36. Tuberculosis - PTB Smear Negative |
| <input type="checkbox"/> 7. Chancroid | <input type="checkbox"/> 22. Malaria - Vivax | <input type="checkbox"/> 37. Tuberculosis - Extra Pulmonary |
| <input type="checkbox"/> 8. Cholera | <input type="checkbox"/> 23. Malaria - Falciparum | <input type="checkbox"/> 38. Typhoid - Salmonella Typhi |
| <input type="checkbox"/> 9. Dengue Fever | <input type="checkbox"/> 24. Malaria - Malariae | <input type="checkbox"/> 39. Typhoid - Paratyphoid |
| <input type="checkbox"/> 10. Dengue Haemorrhagic Fever | <input type="checkbox"/> 25. Malaria - Others | <input type="checkbox"/> 40. Viral Encephalitis Japanese |
| <input type="checkbox"/> 11. Diphtheria | <input type="checkbox"/> 26. Measles | <input type="checkbox"/> 41. Viral Encephalitis Nipah |
| <input type="checkbox"/> 12. Dysentery | <input type="checkbox"/> 27. Plague | <input type="checkbox"/> 42. Viral Encephalitis (Others) |
| <input type="checkbox"/> 13. Ebola | <input type="checkbox"/> 28. Rabies | <input type="checkbox"/> 43. Whooping Cough / Pertussis |
| <input type="checkbox"/> 14. Food Poisoning | <input type="checkbox"/> 29. Relapsing Fever | <input type="checkbox"/> 44. Yellow Fever |
| <input type="checkbox"/> 15. Gonorrhoea | <input type="checkbox"/> 30. Syphilis - Congenital | <input checked="" type="checkbox"/> 45. Others: please specify COVID-19 |

Selain dari notifikasi bertulis, penyakit berikut perlu dinotifikasi melalui telefon dalam tempoh 24 jam iaitu:- Poliomyelitis Akut, Kolera, Demam Denggi, Diphtheria, Keracunan Makanan, Plague, Rabies dan Demam Kuning.

11. Cara Pengesanan Kes:
☒ Kes ☐ Kontak ☐ FOMEMA
☒ Ujian Saringan **RTK-AG**

12. Status Pesakit:
☒ Hidup
☐ Mati **-**

13. Tarikh Onset:
1 0 - **0 3** - **2 0 2 1**

14. Ujian Makmal:
Nama Ujian: (i) **RT-PCR**
(ii) _____ (iii) _____
Tarikh Sampel Diambil:
1 1 - **0 3** - **2 0 2 1**

15. Keputusan Ujian Makmal:
☒ Positif (_____)
☐ Negatif
☐ Belum Siap

16. Status Diagnosis:
☐ Sementara (Provisional/Suspected)
☒ Disahkan (Confirmed)
Tarikh Diagnosis
1 3 - **0 3** - **2 0 2 1**

17. Maklumat Klinik Yang Relevan: **fever, cough 2/7. Kes Kluster Kilang Alps. fever, cough 2/7. Kes Kluster K ilang Alps. fever, cough 2/7. Kes Kluster Kilang Alps.**

18. Komen:

C. MAKLUMAT PEMBERITAHU

19. Nama Pengamal Perubatan: **D R C H O W H S I E N L U N G**
20. Nama Hospital / Klinik dan Alamat: **P K D M A R A N**
21. Tarikh Pemberitahuan: **1 3** - **0 3** - **2 0 2 1**

Dr Chow Hsien Lung
MPM: 64650
PKD Maran

Tandatangan Pengamal Perubatan