

## 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 <b>COVID-19</b> |

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