

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: _____

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:

(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

G K A 2, M A R A N, P A H A N G

10. Alamat Tempat Kerja / Belajar:

C 2, KUARTERS KLINIK KESIHATAN JENGG

A 2, M A R A N, P A H A N G

B. DIAGNOSIS PENYAKIT

☐

1. Poliomyelitis

☐

2. Viral Hepatitis A

☐

3. Viral Hepatitis B

☐

4. Viral Hepatitis C

☐

5. Viral Hepatitis (Others)

☐

6. AIDS

☐

7. Chancroid

☐

8. Cholera

☐

9. Dengue Fever

☐

10. Dengue Haemorrhagic Fever

☐

11. Diphtheria

☐

12. Dysentery

☐

13. Ebola

☐

14. Food Poisoning

☐

15. Gonorrhoea

☐

16. Hand, Food and Mouth Disease

☐

17. Human Immunodeficiency Virus Infection

☐

18. Influenza

☐

19. Leprosy (Multibacillary)

☐

20. Leprosy (Paucibacillary)

☐

21. Leptospirosis

☐

22. Malaria - Vivax

☐

23. Malaria - Falciparum

☐

24. Malaria - Malariae

☐

25. Malaria - Others

☐

26. Measles

☐

27. Plague

☐

28. Rabies

☐

29. Relapsing Fever

☐

30. Syphilis - Congenital

☐

31. Syphilis - Acquired

☐

32. Tetanus Neonatorum

☐

33. Tetanus (Others)

☐

34. Typhus - Scrub

☐

35. Tuberculosis - PTB Smear Positive

☐

36. Tuberculosis - PTB Smear Negative

☐

37. Tuberculosis - Extra Pulmonary

☐

38. Typhoid - Salmonella Typhi

☐

39. Typhoid - Paratyphoid

☐

40. Viral Encephalitis Japanese

☐

41. Viral Encephalitis Nipah

☐

42. Viral Encephalitis (Others)

☐

43. Whooping Cough / Pertussis

☐

44. Yellow Fever

☒

45. Others: please specify _____

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

12. Status Pesakit:

☒ Hidup

☐ Mati

_____ - _____ - _____

13. Tarikh Onset:

1 0 - 0 3 - 2 0 2 1

14. Ujian Makmal:

Nama Ujian: (i) _____

(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 Klinikal

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

.....
Tandatangan Pengamal Perubatan