



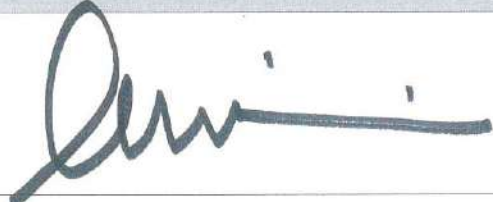
# UPNM

*National Defence University of Malaysia*

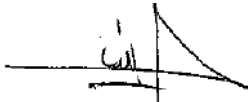
Kewajipan • Maruah • Integriti

## ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN PESAKIT LUAR

**PK(O). UPNM.PK. 03 – AK 1**

|             | DISEDIAKAN OLEH                                                                     | DILULUSKAN OLEH                                                                      |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| TANDATANGAN |  |  |
| NAMA        | DR. FIRDAUS BIN BAHARUDDIN                                                          | LT JEN DATUK WIRA ARMAN<br>RUMAIZI BIN HJ AHMAD                                      |
| JAWATAN     | KETUA<br>PUSAT KESIHATAN UPNM                                                       | NAIB CANSELOR                                                                        |
| TARIKH      | 08 SEPTEMBER 2025                                                                   | 08 SEPTEMBER 2025                                                                    |

## SENARAI EDARAN SALINAN DOKUMEN TERKAWAL

| No.<br>Salinan<br>Kawalan | Penerima            | Tarikh Edaran<br>Diterima | Tandatangan                                                                        | Tarikh<br>Edaran<br>Dipinda | Catatan      |
|---------------------------|---------------------|---------------------------|------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--------------|
| 01                        | NAIB<br>CANSELOR    | 08 / 09 / 2025            |  |                             | Hard<br>Copy |
| 02                        | PENGURUS<br>KUALITI | 08 / 09 / 2025            |  |                             | Hard<br>Copy |

## REKOD PINDAAN

Adalah menjadi tanggungjawab Pemegang Dokumen ini untuk memastikan salinan dokumen ini sentiasa dikemas kini dengan memasukkan semua pindaan-pindaan yang dinyatakan di dalamnya.

| Tarikh Pindaan | No. Keluaran | No. Pindaan | Rujukan / Pindaan Mukasurat Terlibat | Butir-butir Pindaan                                                               | Diluluskan Oleh                                                                       |
|----------------|--------------|-------------|--------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------|
| 15 / 05 / 2018 | 01           | 01          | Muka Depan & Senarai Edaran          | Nama dan Tanda tangan NC baru                                                     |    |
| 12 / 04 / 2019 | 02           | 01          | Muka Depan & Senarai Edaran          | Nama dan Tanda tangan Pengurus Kualiti baru                                       |    |
| 03 / 11 / 2020 | 02           | 02          | Semua Muka Surat yang Terlibat       | Pertukaran logo UPNM yang baharu di setiap muka surat dan kemaskini isi kandungan |  |
| 10 / 03 / 2021 | 02           | 03          | Muka Depan & Senarai Edaran          | Nama dan Tanda tangan NC baru                                                     |  |
| 22 / 03 / 2022 | 02           | 03          | Muka Depan & Senarai Edaran          | Pengemaskinian nama NC                                                            |  |
| 27 / 09 / 2023 | 02           | 04          | Muka Depan & Senarai Edaran          | Nama dan Tanda tangan NC baru                                                     |  |
| 06 / 05 / 2025 | 02           | 05          | Muka Depan & Senarai Edaran          | Pengemaskinian nama NC baharu dan Pengurus Kualiti serta singkatan                |  |
| 08 / 09 / 2025 | 02           | 05          | Muka Depan & Senarai Edaran          | Pengemaskinian nama NC                                                            |  |

|                                                                                   |                                                                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|  | <b>ARAHAN KERJA</b><br><br><b>PENGENDALIAN</b><br><b>RAWATAN PESAKIT</b><br><b>LUAR</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1</b> |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                           |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                            |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                  |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Muka Surat : 1/ 10</b>                          |

## 1.0 TUJUAN

Prosedur ini bertujuan menerangkan tatacara pengurusan perkhidmatan kesihatan di Pusat Kesihatan Universiti secara lancar dan efektif.

## 2.0 SKOP

Prosedur ini yang digunakan oleh Staf dan Pelajar UPNM menerangkan proses rawatan perubatan dan pergigian seperti berikut:

- a) Rawatan Perubatan
- b) Rawatan Pergigian

## 3.0 RUJUKAN

### 3.1 MK. UPNM.01

- 3.1.1 Klausu 8.2 - Penentuan Keperluan Untuk Produk dan Perkhidmatan
- 3.1.2 Klausu 8.5.1 - Kawalan Terhadap Proses Penyampaian Perkhidmatan
- 3.1.3 Klausu 8.5.4 - Pemuliharaan
- 3.1.4 Klausu 8.6. - Pelepasan Produk dan Perkhidmatan
- 3.1.5 Klausu 8.2.1 - Komunikasi Pelanggan
- 3.1.6 Klausu 9.1.2 - Kepuasan Pelanggan

### 3.2 Fail Pekeliling Perkhidmatan Kesihatan

### 3.3 Garis Panduan Rawatan Perubatan

### 3.4 Akta Perubatan 1971

### 3.5 Akta Universiti dan Kolej Universiti 1971

### 3.6 Prosedur Pemeriksaan Kesihatan Pelajar & Staf

### 3.7 Polisi Pengurusan Risiko

|                                                                                   |                                                                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|  | <b>ARAHAN KERJA</b><br><br><b>PENGENDALIAN</b><br><b>RAWATAN PESAKIT</b><br><b>LUAR</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1</b> |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                           |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                            |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                  |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Muka Surat : 2/ 10</b>                          |

## 4.0 DEFINISI

- 4.1 Perkhidmatan Sokongan Klinik** - Pemeriksaan makmal perubatan dan pergigian, X-ray perubatan dan pergigian.
- 4.2 Dispen** - Pemberian ubat dan bukan ubat mengikut prosedur yang telah ditentukan.
- 4.3 SpO2** - Anggaran ketepuan oksigen dalam darah.
- 4.4 Chaperone** - Merujuk kepada seseorang yang bertindak sebagai saksi untuk pesakit dan pengamal perubatan semasa pemeriksaan atau prosedur perubatan dijalankan.
- 4.5 Dressing** - Satu tatacara steril yang dilakukan pada bahagian luka pesakit dengan menggunakan ubat atau tanpa ubat untuk membersihkan luka, memberi perlindungan dan sokongan pada luka agar menggalakkan penyembuhan.

## 5.0 (A) SINGKATAN

| SINGKATAN        | NAMA PENUH                      |
|------------------|---------------------------------|
| Peg Perubatan    | Pegawai Perubatan               |
| P Peg Perubatan  | Penolong Pegawai Perubatan      |
| P Peg Farmasi    | Penolong Pegawai Farmasi        |
| Peg Farmasi      | Pegawai Farmasi                 |
| JT               | Jururawat Terlatih              |
| Pemb PK          | Pembantu Perawatan Kesihatan    |
| JXR              | Juru X –Ray                     |
| MLT              | Juru Teknologi Makmal           |
| <i>Queing MS</i> | <i>Queing Management System</i> |
| JK               | Jawatankuasa                    |
| DDA              | <i>Dangerous Drug Act</i>       |

|                                                                                   |                                                                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|  | <b>ARAHAN KERJA</b><br><br><b>PENGENDALIAN</b><br><b>RAWATAN PESAKIT</b><br><b>LUAR</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1</b> |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                           |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                            |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                  |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Muka Surat : 3/ 10</b>                          |

## (B) ISU-ISU RISIKO

- i) Kehabisan ubat
- ii) Kekurangan staf sewaktu operasi perkhidmatan
- iii) Peralatan sokongan perubatan rosak (*malfunction*)
- iv) Kesilapan preskripsi ubat

## 6.0 TANGGUNGJAWAB DAN TINDAKAN

| TANGGUNGJAWAB                  | TINDAKAN                      |                                                                                                                                                                       |
|--------------------------------|-------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                                | <b>A. PENDAFTARAN PESAKIT</b> |                                                                                                                                                                       |
| Pemb PK                        | 1.                            | Terima borang lapor sakit(BAT F256) dan daftar pesakit ke dalam sistem <i>e-clinic</i> menggunakan nombor staf/ kad pelajar/ <del>no</del> tentera/ kad pengenalan.   |
|                                | 2.                            | Pastikan borang BAT F256 lengkap diisi dan rekod nama dalam buku kehadiran pelajar/ staf.                                                                             |
|                                | 3.                            | Beri nombor angka giliran kepada pesakit.                                                                                                                             |
|                                | <b>B. SARINGAN PESAKIT</b>    |                                                                                                                                                                       |
| P Peg Perubatan/ JT            | 1.                            | Panggil pesakit mengikut nombor giliran <i>Queing MS</i> .                                                                                                            |
|                                | 2.                            | Buat saringan awal. Dapatkan aduan utama pesakit secara ringkas, dan bacaan tekanan darah, degupan nadi, suhu badan serta kadar gula atau kadar SpO2(jika berkaitan). |
|                                | 3.                            | Rekod ke dalam sistem e-clinic                                                                                                                                        |
|                                | 4.                            | Beri rawatan awal kepada kes-kes kecemasan di Bilik Pemerhatian dan hubungi Peg Perubatan/ P Peg Perubatan dalam kadar segera.                                        |
|                                | 5.                            | Arah pesakit menunggu di tempat menunggu untuk mendapatkan rawatan.                                                                                                   |
|                                | <b>C. PEMERIKSAAN PESAKIT</b> |                                                                                                                                                                       |
| Peg Perubatan/ P Peg Perubatan | 1.                            | Ambil sejarah kesihatan, dan lakukan pemeriksaan fizikal ke atas pesakit.<br>Minta bantuan <i>chaperone</i> (Jika berlainan jantina).                                 |

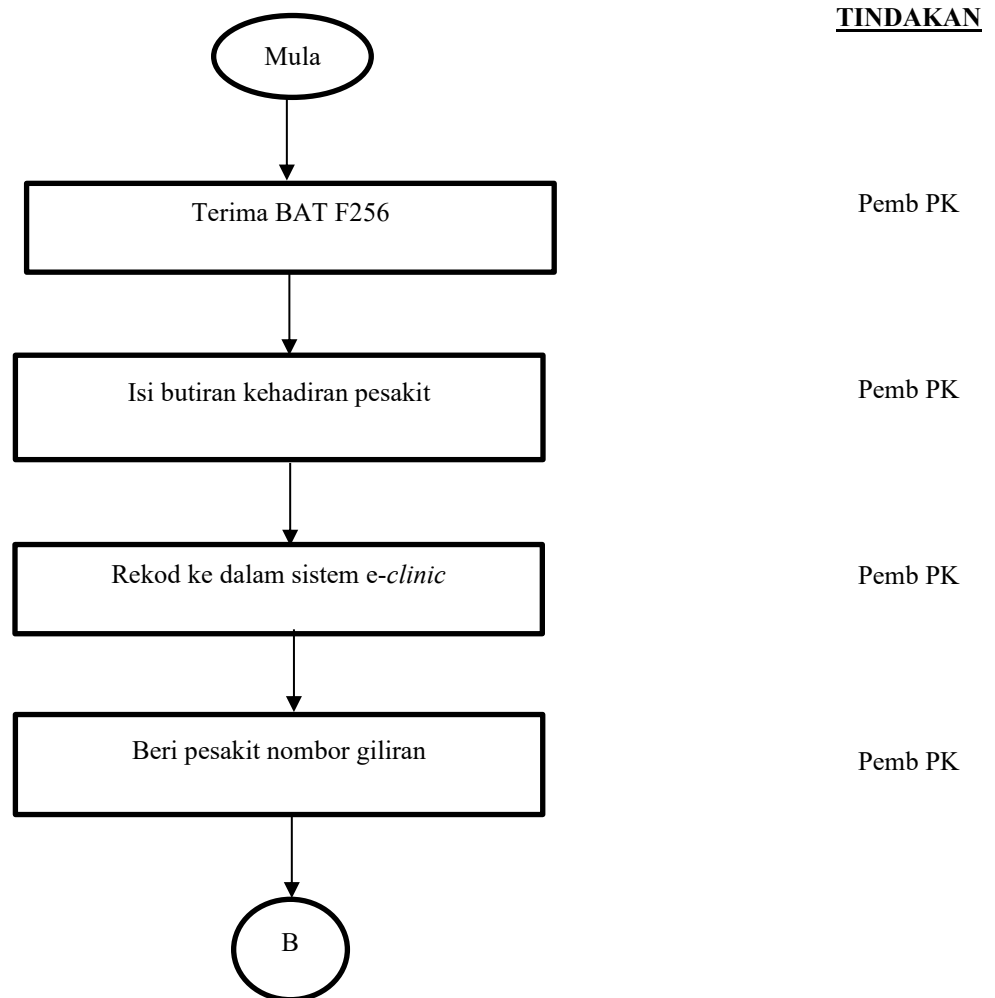
|                                                                                   |                                                                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|  | <b>ARAHAN KERJA</b><br><br><b>PENGENDALIAN</b><br><b>RAWATAN PESAKIT</b><br><b>LUAR</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1</b> |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                           |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                            |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                  |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Muka Surat : 4/ 10</b>                          |

|                            |                            |                                                                                                                                            |
|----------------------------|----------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                            | 2.                         | Arah pesakit ke Bilik Rawatan bagi kes pembedahan kecil, prosedur-prosedur am, <i>dressing</i> dan pengambilan darah/ sampel air kencing.  |
|                            | 3.                         | Arah pesakit mengisi borang keizinan pembedahan kecil (jika berkaitan), beri borang pemeriksaan makmal bagi kes ujian lanjut               |
|                            | 4.                         | Arah pesakit ke Bilik Pemerhatian bagi kes penerimaan suntikan, nebulizer, pemantauan kadar tekanan darah.                                 |
|                            | 5.                         | Arah pesakit ke Unit Radiologi untuk ujian X-Ray.                                                                                          |
|                            | 6.                         | Rekod laporan pemeriksaan serta keputusan ujian darah/ air kencing dan keputusan X-ray ke dalam sistem <i>e-clinic</i> berserta diagnosis. |
|                            | 7.                         | Beri pesakit Sijil Cuti Sakit (MC)/ Slip terima rawatan/ ATTN C/ ATTN B (jika diperlu) serta rekod dalam sistem <i>e-clinic</i> .          |
|                            | 8.                         | Beri surat rujukan ke Hospital/ Klinik Pakar jika berkaitan.                                                                               |
|                            | 9.                         | Rekod preskripsi ubatan, arah pesakit menunggu di tempat menunggu.                                                                         |
|                            | <b>D. PEMBERIAN UBATAN</b> |                                                                                                                                            |
| Peg Farmasi/ P Peg Farmasi | 1.                         | Panggil pesakit mengikut nombor giliran <i>Queing MS</i> .                                                                                 |
|                            | 2.                         | Beri ubat kepada pesakit mengikut preskripsi.                                                                                              |
|                            | 3.                         | Terang kepada pesakit cara-cara penggunaan ubatan.                                                                                         |
|                            | 4.                         | Cetak dan simpan Salinan preskripsi setelah selesai.                                                                                       |

|                                                                                   |                                                                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|  | <b>ARAHAN KERJA</b><br><br><b>PENGENDALIAN</b><br><b>RAWATAN PESAKIT</b><br><b>LUAR</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1</b> |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                           |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                            |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                  |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Muka Surat : 5/ 10</b>                          |

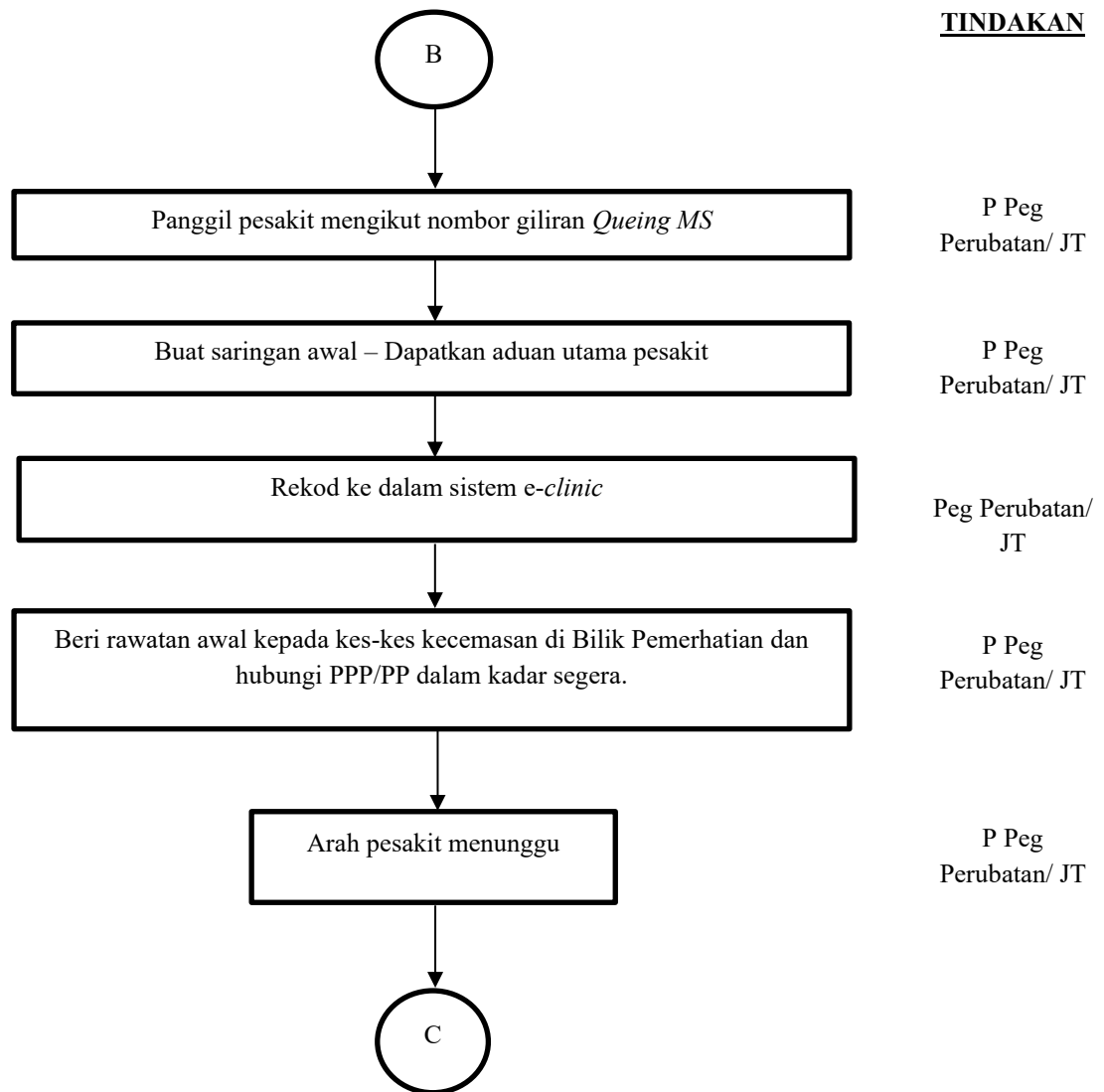
## 7.0. CARTA ALIR

### 7.1. Pendaftaran Pesakit



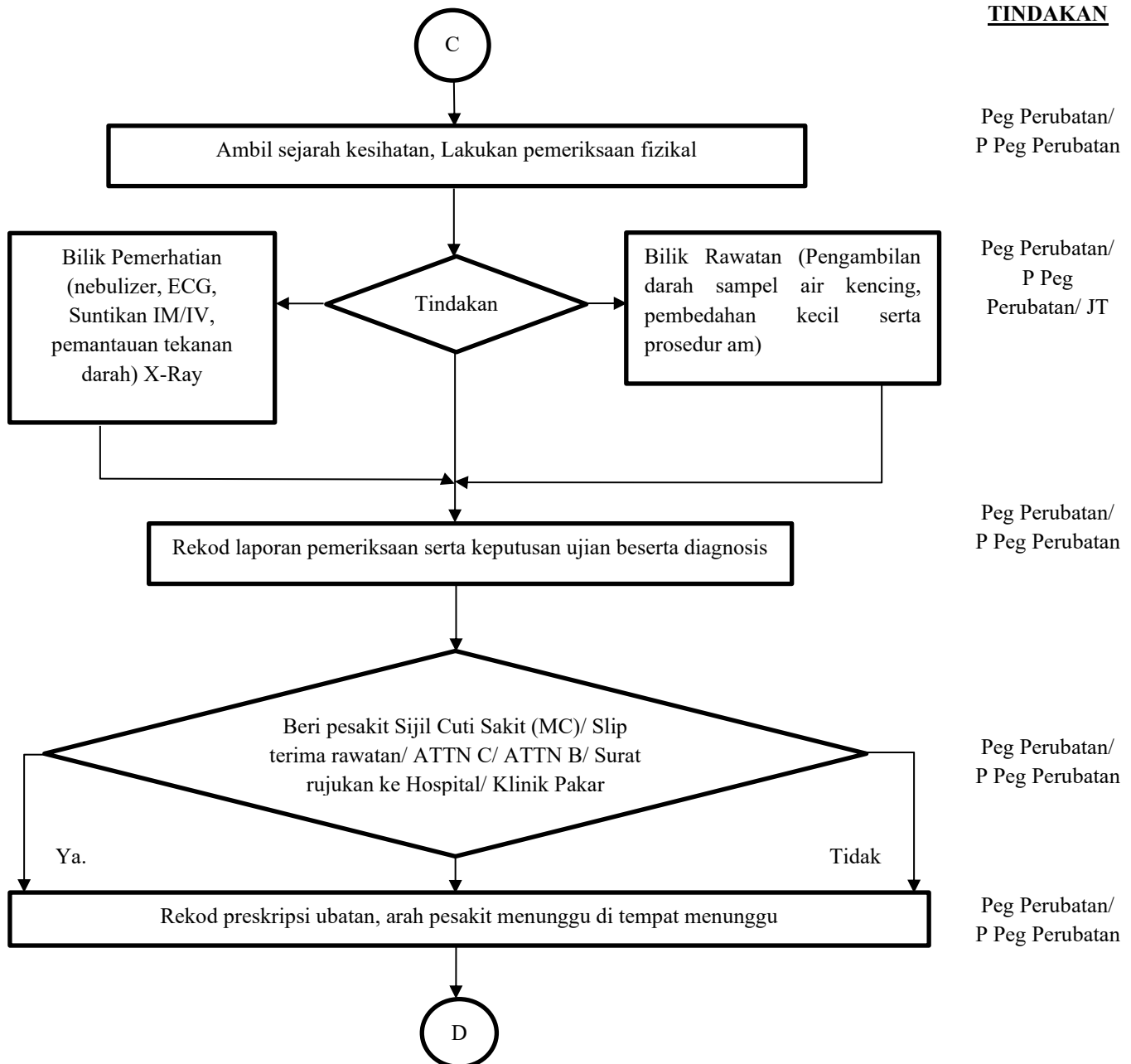
|                                                                                   |                                                                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|  | <b>ARAHAN KERJA</b><br><br><b>PENGENDALIAN</b><br><b>RAWATAN PESAKIT</b><br><b>LUAR</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1</b> |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                           |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                            |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                  |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Muka Surat : 6/ 10</b>                          |

## 7.2. Saringan Pesakit



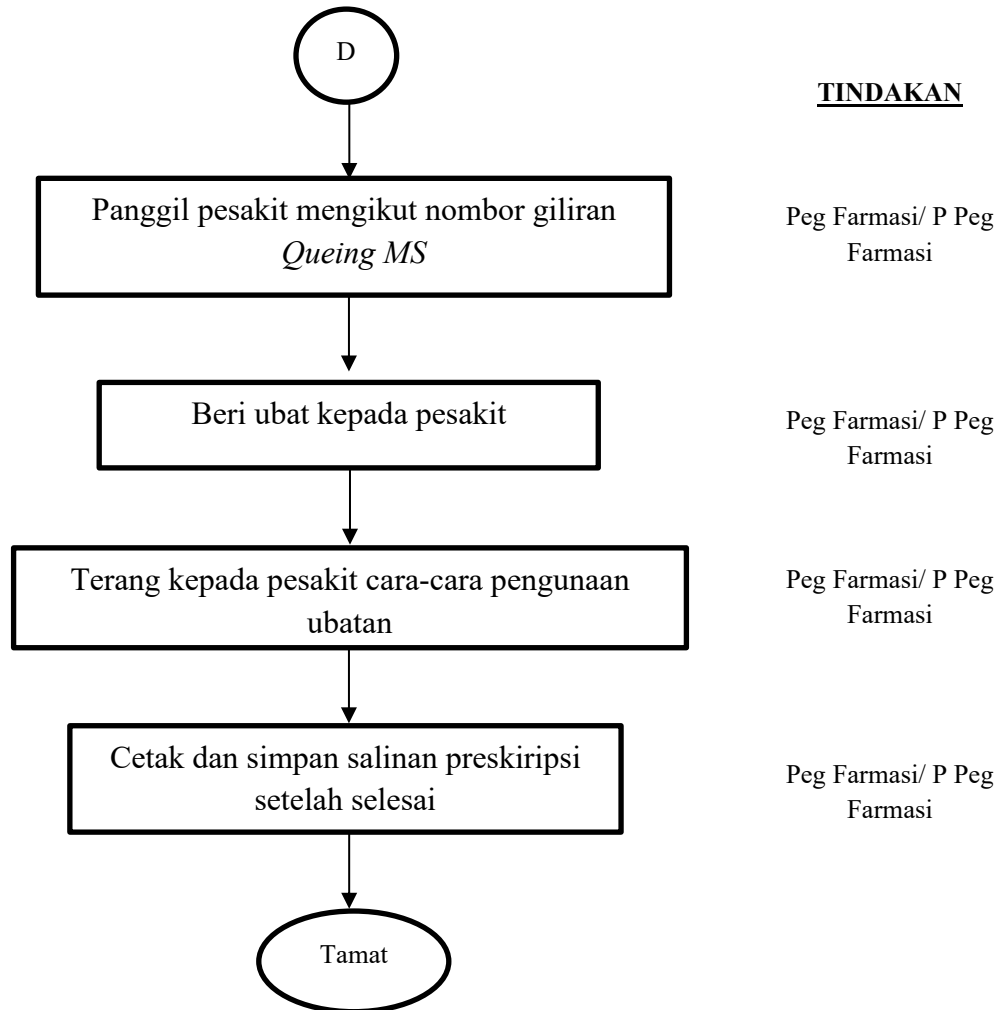
|                                                                                   |                                                                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|  | <b>ARAHAN KERJA</b><br><br><b>PENGENDALIAN</b><br><b>RAWATAN PESAKIT</b><br><b>LUAR</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1</b> |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                           |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                            |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                  |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Muka Surat : 7/ 10</b>                          |

### 7.3. Pemeriksaan Pesakit



|                                                                                   |                                                                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|  | <b>ARAHAN KERJA</b><br><br><b>PENGENDALIAN</b><br><b>RAWATAN PESAKIT</b><br><b>LUAR</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1</b> |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                           |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                            |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                  |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Muka Surat : 8/ 10</b>                          |

#### 7.4. Pemberian Ubatan



|                                                                                   |                                                                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|  | <b>ARAHAN KERJA</b><br><br><b>PENGENDALIAN</b><br><b>RAWATAN PESAKIT</b><br><b>LUAR</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1</b> |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                           |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                            |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                  |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Muka Surat : 9/ 10</b>                          |

## 8.0 REKOD KUALITI

| BIL | NAMA REKOD                                                                                                                                                                                                                | LOKASI                                                                               | TEMPOH PENYIMPANAN |
|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|--------------------|
| 1.  | Fail Pesakit Perubatan <ul style="list-style-type: none"> <li>• Rekod Rawatan Perubatan</li> <li>• Surat Rujukan</li> <li>• Borang X –Ray</li> <li>• Borang Makmal</li> <li>• Borang Keizinan Pembedahan Kecil</li> </ul> | Sistem E-clinic<br>Bahagian Pendaftaran Pesakit<br>Stor Pesakit<br>Bilik Pemerhatian | 5 Tahun            |
| 2.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Sijil Cuti Sakit</li> <li>• Sijil Perakuan Masa Rawatan</li> <li>• Slip Kerja Ringan (<i>Light Duty</i>)</li> </ul>                                                              | Bilik Doktor/Bilik Rawatan                                                           | 5 Tahun            |
| 3.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Slip Preskripsi</li> </ul>                                                                                                                                                       | Unit Farmasi                                                                         | 5 Tahun            |
| 4.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buku Pendaftaran Ujian Makmal</li> </ul>                                                                                                                                         | Makmal Perubatan                                                                     | 5 Tahun            |
| 5.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buku Pendaftaran Ujian X - Ray</li> </ul>                                                                                                                                        | Unit X- Ray                                                                          | 5 Tahun            |
| 6.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Buku Pendaftaran Rawatan Kecemasan/ <i>Ambulance Call</i></li> <li>• Borang Penilaian Pesakit di Lokasi</li> </ul>                                                               | Bilik Pemerhatian                                                                    | 5 Tahun            |
| 7.  | <ul style="list-style-type: none"> <li>• Fail Pengurusan Risiko</li> </ul>                                                                                                                                                | Bilik Doktor                                                                         | 5 Tahun            |

|                                                                                   |                                                                                         |                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|
|  | <b>ARAHAN KERJA</b><br><br><b>PENGENDALIAN</b><br><b>RAWATAN PESAKIT</b><br><b>LUAR</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1</b> |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                           |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                            |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                  |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Muka Surat : 10/ 10</b>                         |

## 9.0 LAMPIRAN

| BIL | NO. DOKUMEN    | LAMPIRAN                                                       |
|-----|----------------|----------------------------------------------------------------|
| 1.  | BAT F6         | Surat Rujukan (Tentera)                                        |
| 2.  | BAT F4         | Fail Kesihatan Staf Tentera                                    |
| 3.  | BAT F12        | Borang Pemeriksaan Makmal (Tentera)                            |
| 4.  | BAT F170       | Borang Pemeriksaan X-Ray (Tentera)                             |
| 5.  | BAT F22        | Borang Preskripsi Ubat (Tentera)                               |
| 6.  | PK(O)PK0.10.1  | Borang Lapor Sakit Staf Awam (Jika sistem e-clinic tergendala) |
| 7.  | PK(O)PK0.10.5  | Sijil Perakuan Sakit                                           |
| 8.  | PK(O)PK0.10.6  | Sijil Perakuan Masa Rawatan                                    |
| 9.  | PK(O)PK0.10.7  | Preskripsi Ubatan                                              |
| 10. | PK(O)PK0.10.8  | Borang Keizinan Pembedahan Kecil                               |
| 11. | PK(O)PK0.10.9  | Borang Penialain Kes kecemasan ( <i>Ambulance Call</i> )       |
| 12. | PK(O)PK0.10.10 | Surat Rujukan ke Hospital/ Rawatan Pakar Perubatan             |
| 13. | PK(O)PK0.10.11 | Memo Perihal Perubatan                                         |
| 14. | PK(O)PK0.10.12 | Borang Pemeriksaan Makmal                                      |
| 15. | PK(O)PK0.10.13 | Borang Pemeriksaan X Ray                                       |
| 16. | PK(O)PK0.10.14 | Laporan <i>Medical Coverage</i>                                |
| 17. | PK(O)PK0.10.15 | Rawatan Fisioterapi                                            |

|                                 |            |               |                       |                          |
|---------------------------------|------------|---------------|-----------------------|--------------------------|
| 1. No. Tentera                  | 2. Pangkat | 3. Nama Penuh |                       |                          |
| 4. Pasukan/Perkapalan/Pengkalan |            | 5. Umur       | 6. Jantina            | 7. Pertukangan/Pekerjaan |
| 8. Tempat Pemeriksaan           |            |               | 9. Tarikh Pemeriksaan |                          |

## SULIT DARIHAL PERUBATAN

[illegible]

(Hendaklah ditandatangani oleh Pegawai Perubatan/Pergigian yang merujuk)

# SARUNG LIPAT PERUBATAN PERIBADI

REJ/KOR/CAWANGAN:

MA'TAN: DARAT/LAUT/UDARA

1113N].L1

NO TENTERA

PANGKAT  
(dengan pensil)

JANTINA

TARIKH LAHIR

**YUNIT (tulis dengan pensil)**

[illegible]



**PERMINTAAN UNTUK PEMERIKSAAN KHAS****Bahagian 1**

|                                                  |                                                     |                                        |                                        |                              |                                      |
|--------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|----------------------------------------|----------------------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| NO.TENTERA/AWAM                                  | PANGKAT                                             | NAMA PENUH                             |                                        |                              |                                      |
| PASUKAN                                          |                                                     | UMUR                                   | LELAKI/<br>PEREMPUAN                   |                              | NO. PENDAFTARAN &<br>TARIKH DITERIMA |
| HOSPITAL/RSAT/PUSAT PERUBATAN AT                 |                                                     | WAD                                    | TARIKH MASUK                           |                              |                                      |
| Tanda Kotak Berkenaan                            | Kerusi<br>Roda <input type="checkbox"/>             | Usungan <input type="checkbox"/>       | Jalan<br>Kaki <input type="checkbox"/> | Wad <input type="checkbox"/> |                                      |
| Tanda Kotak Berkenaan                            | Jenis Spesimen                                      | Tarikh dan masa diambil                |                                        | Yang lepas/EKG/X-Ray No.     |                                      |
|                                                  |                                                     |                                        |                                        |                              |                                      |
| Bakteriologi <input type="checkbox"/>            | Pemeriksaan yang diperlukan                         |                                        |                                        |                              |                                      |
| Biokimia <input type="checkbox"/>                |                                                     |                                        |                                        |                              |                                      |
| EKG <input type="checkbox"/>                     | Kenyataan ringkas termasuk rawatan dan perkembangan |                                        |                                        |                              |                                      |
| Haematologi <input type="checkbox"/>             |                                                     |                                        |                                        |                              |                                      |
| Therapi<br>Occupational <input type="checkbox"/> |                                                     |                                        |                                        |                              |                                      |
| Pathologi <input type="checkbox"/>               |                                                     |                                        |                                        |                              |                                      |
| Fisiologi <input type="checkbox"/>               |                                                     |                                        |                                        |                              |                                      |
| Virologi <input type="checkbox"/>                |                                                     |                                        |                                        |                              |                                      |
| X-Ray <input type="checkbox"/>                   |                                                     |                                        |                                        |                              |                                      |
| Tarikh : .....                                   |                                                     | .....<br>Tandatangan Pegawai Perubatan |                                        |                              |                                      |
| No. Saiz dan Nombor Filem X-ray                  |                                                     | Tandatangan Juruteknik                 |                                        |                              |                                      |

No. Siri

Jenis-Jenis Penyiasatan

Tarikh

Tandatangan .....

Jawatan .....

|                                                                                                                  |                       |                                      |                             |              |                                                   |                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------|-----------------------------|--------------|---------------------------------------------------|------------------|
| 1. No Tentera/KP                                                                                                 | 2. Pangkat            | 3. Nama Penuh                        |                             |              | KEGUNAAN JABATAN                                  |                  |
| 4. Pasukan                                                                                                       |                       |                                      |                             | 5. Keturunan | 24. Tarikh                                        | 25. No.X-Ray     |
| 6. Jantina                                                                                                       | 7. Tarikh Lahir       | 8. Umur                              | 9. No. Pendaftaran Hospital |              | 26. Bilik                                         | 27. Waktu Terima |
| 10. Wad/Klinik                                                                                                   | 11. Pakar / Perunding |                                      | 12. Tarikh & Masa           |              | 28. Juru X-Ray<br>29. Faktor Dedahan              |                  |
| 13. Pegawai Kerajaan<br>[ ] Ya [ ] Tidak                                                                         | 14. Keias             | 15. Bayaran<br>[ ] Bayar [ ] Percuma |                             |              |                                                   |                  |
| 16. Asma / Alergi:                                                                                               | 17. Berat Badan       | 18. Mengandung<br>[ ] Ya [ ] Tidak   |                             |              |                                                   |                  |
| 19. Keadaan Pesakit:<br>[ ] Kerusi Roda [ ] Troil [ ] Berjalan Kaki                                              |                       |                                      | 20. [ ] Mudah Gerak         |              | 30. Ukuran dan Jumlah Filem<br>31. Waktu Selesai  |                  |
| 21. PEMERIKSAAN<br>[ ] X - RAY [ ] Ultrasound [ ] M.R.I [ ] Anglo<br>[ ] C.T [ ] Lain-lain (Sila Nyatakan) ..... |                       |                                      |                             |              | 32. Komen<br><br>33. Temujanji<br>Tarikh : Masa : |                  |
| 22. Data Klinikal:<br>LMP :                                                                                      |                       |                                      |                             |              |                                                   |                  |
| Nama T/Tangan & Cop Pakar / Peg Perubatan<br>Tarikh :                                                            |                       |                                      |                             |              |                                                   |                  |
| 23. Laporan Radiologi:                                                                                           |                       |                                      |                             |              |                                                   |                  |
| Nama T/Tangan & Cop Pakar Radiologi<br>Tarikh :                                                                  |                       |                                      |                             |              |                                                   |                  |

|                                                                     |  |                                     |  |                           |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------|--|---------------------------|--|
| 635541                                                              |  | PRESKRIPSI                          |  | BAT F 22<br>(Pind 2/2012) |  |
| Pangkat:                                                            |  | Rx                                  |  |                           |  |
| Nama:                                                               |  |                                     |  |                           |  |
| No. Tentera/KP:                                                     |  |                                     |  |                           |  |
| Sila tandakan Kategori I dan II yang berkaitan:<br>Kategori I: Umum |  |                                     |  |                           |  |
| <input type="checkbox"/> Tentera                                    |  | <input type="checkbox"/> Pasangan   |  |                           |  |
| <input type="checkbox"/> Veteran                                    |  | <input type="checkbox"/> Anak       |  |                           |  |
| <input type="checkbox"/> Awam Kementah                              |  | <input type="checkbox"/> Ibu/Bapa   |  |                           |  |
| <input type="checkbox"/> Awam                                       |  | <input type="checkbox"/> Lain-lain: |  |                           |  |
| Umur:                                                               |  |                                     |  |                           |  |
| Pasukan:                                                            |  |                                     |  |                           |  |
| Diagnosis:                                                          |  |                                     |  |                           |  |
|                                                                     |  | Tandatangan & Cop Rasmi             |  | Tarikh                    |  |
| PERKHIDMATAN KESIHATAN ANGKATAN TENTERA                             |  |                                     |  |                           |  |

**PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA**  
**BORANG PENILAIAN / ASSESSMENT FORM**

|                          |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
|--------------------------|-----------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------|--|--------------------------|----------|--------------------------|---------|--------------------------|----------------|--------------------------|----------------|--------------------------|---------------|--------------------------|-----|--------------------------|-----|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|-------|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|--------------------------|--|
| NAME                     |                             | VITAL SIGNS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| I/C NO                   |                             | T :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| AGE                      |                             | B/P :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| COMPLAINS OF :           |                             | P/R :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| GENERAL                  |                             | SpO2 :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | FEVER                       | <table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2">PROCEDURE</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>DRESSING</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>IV DRIP</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>EYE IRRIGATION</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>EAR IRRIGATION</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>NAIL AVULSION</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>STO</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>T&amp;S</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>SC / IM / IV</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>CORN REMOVAL</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ETC :</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td></td></tr> </table> |  | PROCEDURE |  | <input type="checkbox"/> | DRESSING | <input type="checkbox"/> | IV DRIP | <input type="checkbox"/> | EYE IRRIGATION | <input type="checkbox"/> | EAR IRRIGATION | <input type="checkbox"/> | NAIL AVULSION | <input type="checkbox"/> | STO | <input type="checkbox"/> | T&S | <input type="checkbox"/> | SC / IM / IV | <input type="checkbox"/> | CORN REMOVAL | <input type="checkbox"/> | ETC : | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  | <input type="checkbox"/> |  |
| PROCEDURE                |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | DRESSING                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | IV DRIP                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | EYE IRRIGATION              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | EAR IRRIGATION              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | NAIL AVULSION               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | STO                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | T&S                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | SC / IM / IV                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | CORN REMOVAL                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | ETC :                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | COUGH                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | FLU                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | SOB                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | ASTHMA                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | ETC :                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| HEAD                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | HEAD ACHE                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | DIZZINESS                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | BLURRING OF VISION          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | EYES PROBLEM                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | NOSE PROBLEM                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | EPITAXIS                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | EAR PROBLEM                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | ETC :                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| NECK                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | PAIN                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | SWELLING                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | SORE THROATS                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | ETC :                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| BODY                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | CHEST PAIN                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | SHOULDER PAIN               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | BACK PAIN                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | ELBOW PAIN                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | WRIST PAIN                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | MUSCLE / JOINT PAIN         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | DIARRHOEA                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | ABDOMINAL PAIN / DISCOMFORT |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | DYSMENORRHEA                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | VOMITTING                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | NAUSEA                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | KNEE PAIN Rt / Lt           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | ANKLE PAIN Rt / Lt          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | ETC :                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| SKIN                     |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | ICHTHINESS                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | RASHES                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | BLISTER                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | ABRASION WOUND              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | CORN                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | ETC :                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| LABS / DIAGNOSTICS       |                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | X-RAY :                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | UFEME                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | FBC                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |
| <input type="checkbox"/> | ETC :                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |           |  |                          |          |                          |         |                          |                |                          |                |                          |               |                          |     |                          |     |                          |              |                          |              |                          |       |                          |  |                          |  |                          |  |                          |  |

**DOCTOR REPORTS**





**UPNM**  
National Defence University of Malaysia  
Pauz Dita • Maruah • Integriti

No. Siri : UPNM **8902**

KEWAJIPAN, MARUAH, INTEGRITI  
PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA  
KEM SG. BESI, 57000 KUALA LUMPUR  
TEL: 03-90514482 / 4483

### SIJIL CUTI SAKIT

Saya mengesahkan telah memeriksa Tuan / Puan / Encik / Cik .....

.....  
dari .....

dan mendapati beliau :

(i) Tidak sihat untuk bertugas / belajar selama ..... hari

dari ..... hingga .....

(ii) Boleh bertugas semula pada .....

(iii) Beliau dikehendaki hadir semula untuk mendapatkan rawatan pada .....

Diagnosis :  
.....

.....  
Tandatangan / Cop  
Pegawai Perubatan

.....  
Tarikh



**UPNM**  
National Defence University of Malaysia  
Kewajipan • Maruah • Integriti

NO: 2399

*KEWAJIPAN, MARUAH, INTEGRITI*  
PUSAT PERUBATAN  
UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA (UPNM)  
PANGSAPURI PERWIRA, KEM SUNGAI BESI,  
57000 KUALA LUMPUR  
TEL: 03-9051 4482 / 4483 / 4484 / 4485

### SIJIL PERAKUAN MASA RAWATAN

#### KEPADA SESIAPA YANG BERKENAAN

Tuan / Puan

Nama Pesakit : .....

No. Matrik / Staf : .....

Dengan ini disahkan bahawa penama diatas telah menghadiri

Klinik Perubatan UPNM pada .....

jam .....sehingga jam ..... Pagi/Petang

Sekian. Terima Kasih.

Yang benar, .

.....  
Pegawai Perubatan  
Pusat Perubatan Universiti Pertahanan Nasional Malaysia

|                                                                                                                                                                                                                                           |  |                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------|
| <b>PKUPNM</b> 002836                                                                                                                                                                                                                      |  | <b>PRESKRIPSI</b> |
| Pangkat :                                                                                                                                                                                                                                 |  |                   |
| Nama :                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |
| No Kaki tangan / Pelajar :                                                                                                                                                                                                                |  |                   |
| Kategori : TENTERA / AWAM<br>Kaki tangan <input type="checkbox"/><br>Pasangan <input type="checkbox"/><br>Anak <input type="checkbox"/><br>Ibu / Bapa <input type="checkbox"/><br>Pelajar <input type="checkbox"/><br>Lain - Lain : _____ |  |                   |
| Umur :                                                                                                                                                                                                                                    |  |                   |
| Pasukan :                                                                                                                                                                                                                                 |  |                   |
| Disemak oleh :                                                                                                                                                                                                                            |  |                   |
| Dikeluarkan oleh :                                                                                                                                                                                                                        |  |                   |
| <b>PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA</b>                                                                                                                                                                            |  |                   |

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA  
BORANG KEIZINAN PEMBEDAHAN KECIL

TARIKH :

NAMA :

NO K.P/TENTERA :

NO STAF/PELAJAR :

Saya seperti penama di atas dengan ini **\*(bersetuju/tidak bersetuju)** untuk menjalani prosedur/pembedahan kecil seperti tertera dibawah.

NAMA PROSEDUR :

PENERANGAN MENGENAI PROSEDUR DAN RISIKO-RISIKO YANG MUNGKIN BERLAKU TELAH DILAKUKAN OLEH DR/MA :

Saya juga memberi keizinan serta kerjasama sepenuhnya untuk sebarang langkah pembedahan lanjut atau yang lain sebagaimana yang didapati perlu bagi pembedahan yang diutarakan di atas. Tidak ada jaminan yang telah diberi kepada saya bahawa pembedahan itu akan dijalankan oleh mana-mana Pengamal Perubatan yang tertentu.

Tarikh : \_\_\_\_\_

Tandatangan : \_\_\_\_\_

Saya mengakui bahawa saya telah menerangkan keadaan dan tujuan serta kesan pembedahan/rawatan ini kepada **\*(Pesakit/ Ibu Bapa / Penjaga)**

Tarikh : \_\_\_\_\_

Tandatangan: \_\_\_\_\_

PENOLONG PEGAWAI PERUBATAN/  
PEGAWAI PERUBATAN

**Borang Penilaian Kes Kecemasan Pesakit Di Lokasi**

**PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA**

Tarikh :  
Masa :  
Staf Pusat Kesihatan yang terlibat : 1)  
2)  
3)

Lokasi Kejadian :  
 Nama pesakit :  
 No kad pengenalan :  
 No staf/pelajar :  
 Fakulti/Pusat/Unit :

**Penilaian :**

GCS : Eye(E)\_\_\_\_\_ Verbal(V)\_\_\_\_\_ Motor(M)\_\_\_\_\_

Airway/Breathing : intact/obstructed/shallow/rapid RR\_\_\_\_\_ breath per minute

**Lung :**

Circulation : BP \_\_\_\_\_ mmHg PR \_\_\_\_\_ bpm, volume good/weak, character regular/irregular/ no pulse. CRT \_\_\_\_\_ sec

**Others** : i.e RBS\_\_\_\_\_mmol/l

Impression : \_\_\_\_\_

Management :

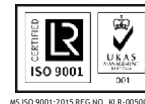
Tandatangan :

Nama :



**UPNM**  
National Defence University of Malaysia  
Kewajipan • Maruah • Integriti

**Pusat Kesihatan UPNM**  
NDUM Health Centre



MS ISO 9001:2015 REG NO. KLR-Q0500197

Bangunan Pusat Kesihatan  
UPNM, Kem Perdana Sungai Besi  
57000 Kuala Lumpur, Malaysia

+603 - 9051 3400 (Samb.: 4483)

[www.upnm.edu.my](http://www.upnm.edu.my)

**PK(O)PK0.10.10**

**BORANG RUJUKAN**

NO. KAD PENGENALAN :  
NAMA PENUH :  
UMUR :  
TEMPAT PEMERIKSAAN :  
TARIKH PEMERIKSAAN :  
KEPADA :  
DOKTOR YANG MERUJUK :



**PK(O)PK0.10.11**

**MEMORANDUM**

Tarikh :

|                 |                               |
|-----------------|-------------------------------|
| <b>Perkara</b>  |                               |
| <b>Kepada</b>   | <b>SESIAPA YANG BERKENAAN</b> |
| <b>Daripada</b> |                               |

Tuan/Puan,

**BORANG PEMERIKSAAN MAKMAL**

## Bahagian 1

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                             |                                  |                                     |                              |                          |                                      |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|-------------------------------------|------------------------------|--------------------------|--------------------------------------|
| NO. TENTERA/AWAM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  | PANGKAT                                                                                                                                                                                     |                                  | NAMA PENUH                          |                              |                          |                                      |
| PASUKAN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                                                                                                                             | UMUR                             |                                     | LELAKI/<br>PEREMPUAN         |                          | NO. PENDAFTARAN &<br>TARIKH DITERIMA |
| HOSPITAL/RSAT/PUSAT PERUBATAN AT                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                             | WAD                              |                                     | TARIKH MASUK                 |                          |                                      |
| Tanda Kotak Berkenaan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Kerusi Roda <input type="checkbox"/>                                                                                                                                                        | Usungan <input type="checkbox"/> | Jalan Kaki <input type="checkbox"/> | Wad <input type="checkbox"/> |                          |                                      |
| Tanda Kotak Berkenaan                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  | Jenis Spesimen                                                                                                                                                                              | Tarikh dan masa diambil          |                                     |                              | Yang lepas/EKG/X-Ray No. |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                             |                                  |                                     |                              |                          |                                      |
| Bakterialogi <input type="checkbox"/><br>Biokimia <input type="checkbox"/><br>EKG <input type="checkbox"/><br>Haematologi <input type="checkbox"/><br>Therapi Occupational <input type="checkbox"/><br>Pathologi <input type="checkbox"/><br>Fisiologi <input type="checkbox"/><br>Virologi <input type="checkbox"/><br>X-Ray <input type="checkbox"/> |  | Pemeriksaan yang diperlukan<br><br><br>Kenyataan ringkas termasuk rawatan dan perkembangan<br><br><br><br><br><br><br><br><br><br>Tarikh : .....<br><br><br>No. Salz dan Nombor Filem X-ray |                                  |                                     |                              |                          |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Tandatangan Pegawai Perubatan<br><br><br>Tandatangan Juruteknik                                                                                                                             |                                  |                                     |                              |                          |                                      |



**UPNM**  
Universiti Pertahanan Nasional Malaysia  
Kem Sungai Besi, 57000 Kuala Lumpur

TEL: 03-9051 4483 / 4485

**UNIT PERKHIDMATAN RADIOLOGI, PUSAT KESIHATAN  
UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA**



**BORANG PERMOHONAN PEMERIKSAAN RADIOLOGI**

|                                                                                      |                       |                                |                                        |                             |  |               |          |
|--------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------|----------------------------------------|-----------------------------|--|---------------|----------|
| NAMA PENUH                                                                           |                       |                                |                                        | NO KAD PENGENALAN / TENTERA |  | KEGUNAAN UNIT |          |
| PANGKAT                                                                              | JANTINA               | UMUR                           | TARIKH LAHIR                           | KETURUNAN                   |  | TARIKH        | NO X-RAY |
| BERAT BADAN                                                                          | ASMA / ALERGI:        | MENGANDUNG<br>{ } YA { } TIDAK | BAYARAN<br>{ } PERCUMA { } BAYAR ..... | BILIK                       |  | WAKTU TERIMA  |          |
| KEADAAN PESAKIT<br>{ } BERJALAN KAKI { } KERUSI RODA { } TROLI                       | TEMUJANJI<br>TARIKH : | MASA:                          | JURU X-RAY                             |                             |  |               |          |
| JANIS PEMERIKSAAN<br>{ } X-RAY { } ULTRASOUND { } CT.SCAN { } MRI { } LAIN-LAIN..... | LMP                   | FAKTOR DEDAHAN                 |                                        |                             |  |               |          |
| BAHAGIAN PEMERIKSAAN                                                                 |                       |                                | JUMLAH DAN SAIZ<br>FILEM               | WAKTU SELESAI               |  |               |          |
| DATA KLINIKAL                                                                        |                       |                                |                                        |                             |  |               |          |
| .....<br>NAMA TANDATANGAN & COP PAKAR / PEGAWAI PERUBATAN<br>TARIKH :                |                       |                                |                                        |                             |  |               |          |
| LAPORAN RADIOLOGI                                                                    |                       |                                |                                        |                             |  |               |          |
| .....<br>NAMA TANDATANGAN & COP PAKAR / PEGAWAI PERUBATAN<br>TARIKH :                |                       |                                |                                        |                             |  |               |          |

**PK. UPNM / RADIOLOGI**

Kes yang dirujuk hospital :

| Bil | Nama Pesakit | No staf/<br>Pelajar | Hospital | Diagnosis/Sebab dirujuk |
|-----|--------------|---------------------|----------|-------------------------|
| 1   |              |                     |          |                         |
| 2   |              |                     |          |                         |
| 3   |              |                     |          |                         |
| 4   |              |                     |          |                         |
| 5   |              |                     |          |                         |

| Bil | Nama Pesakit | No staf/<br>Pelajar | Diagnosis | Prosedur |
|-----|--------------|---------------------|-----------|----------|
| 1   |              |                     |           |          |
| 2   |              |                     |           |          |
| 3   |              |                     |           |          |
| 4   |              |                     |           |          |
| 5   |              |                     |           |          |
| 6   |              |                     |           |          |
| 7   |              |                     |           |          |

Disediakan oleh :  
Tandatangan dan Cop :

Medical Coverage Tahun \_\_\_\_\_

**PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA**

| Bil | Nama Aktiviti/Sukan/Pertandingan | Tarikh dan Masa |
|-----|----------------------------------|-----------------|
| 1   |                                  |                 |
| 2   |                                  |                 |
| 3   |                                  |                 |
| 4   |                                  |                 |
| 5   |                                  |                 |
| 6   |                                  |                 |
| 7   |                                  |                 |
| 8   |                                  |                 |
| 9   |                                  |                 |
| 10  |                                  |                 |
| 11  |                                  |                 |
| 12  |                                  |                 |
| 13  |                                  |                 |
| 14  |                                  |                 |
| 15  |                                  |                 |
| 16  |                                  |                 |
| 17  |                                  |                 |
| 18  |                                  |                 |
| 19  |                                  |                 |
| 20  |                                  |                 |
| 21  |                                  |                 |
| 22  |                                  |                 |
| 23  |                                  |                 |
| 24  |                                  |                 |
| 25  |                                  |                 |



**UPNM**  
National Defence University of Malaysia  
Kewajipan • Maruah • Integriti

**PUSAT KESIHATAN UPNM  
PHYSIOTHERAPY  
REFERRAL FORM**

NAME :

STAFF/STUDENT NO :

DATE :

SEX :

DIAGNOSIS :

BRIEF HISTORY AND CLINICAL FINDINGS :

PRECAUTION & SPECIAL INSTRUCTION ANY :

**GENERAL PHYSIOTHERAPY :**

- ☐ Electrotherapy
- ☐ Electrical Stimulation
- ☐ Back Pain / Care
- ☐ Traction ( Neck / Back )
- ☐ Stroke Rehabilitation
- ☐ Cryotherapy
- ☐ Pre-op / Post-op Physiotherapy
- ☐ Chest Physiotherapy
- ☐ Therapeutic Exercise
- ☐ Joint Mobilization
- ☐ Gait Training / Ambulation
- ☐ Others ( please specify )

**SPECIALIZED AREA/PROGRAMME :**

- ☐ Shoulder Rehabilitation
- ☐ Back Pain Programme
- ☐ Neurological Rehabilitation
- ☐ ACL / PCL Reconstruction Rehabilitation
- ☐ TKR / THR Rehabilitation
- ☐ Knee Rehabilitation
- ☐ Paediatric Rehabilitation
- ☐ Amputee Rehabilitation

.....  
REFERRING CLINIC

.....  
SIGNATURE & NAME OF DOCTOR

**NOTE :**

- Student and staff are advised to bring loose pants ( short or long ) when coming for Physiotherapy treatment