



UPNM

National Defence University of Malaysia

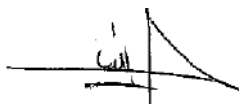
Kewajipan • Maruah • Integriti

ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN KES KECEMASAN

PK(O). UPNM.PK. 03 – AK 2

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

SENARAI EDARAN SALINAN DOKUMEN TERKAWAL

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

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	

08 / 09 / 2025	02	05	Muka Depan & Senarai Edaran	Pengemaskinian nama NC	
----------------	----	----	--------------------------------	---------------------------	---

DOKUMEN TERKAWAL

	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN KES KECEMASAN	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK2
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 05
		Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025
		Muka Surat : 1/ 10

1.0 TUJUAN

Arahan kerja ini bertujuan menerangkan tatacara pengurusan perkhidmatan kesihatan di Pusat Kesihatan Universiti secara lancar dan efektif bagi rawatan kes-kes kecemasan.

2.0 SKOP

Prosedur ini yang digunakan oleh Staf dan Pelajar UPNM menerangkan proses rawatan perubatan

3.0 RUJUKAN

3.1 MK.UPNM.01

3.1.1 Klausa 8.2 - Penentuan Keperluan Untuk Produk dan Perkhidmatan

3.1.2 Klausa 8.5.1 - Kawalan Terhadap Proses Penyampaian Perkhidmatan

3.1.3 Klausa 8.5.4 - Pemuliharaan

3.1.4 Klausa 8.6. - Pelepasan Produk dan Perkhidmatan

3.1.5 Klausa 8.2.1 - Komunikasi Pelanggan

3.1.6 Klausa 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 dan Staf

3.7 Polisi Pengurusan Risiko

	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN KES KECEMASAN	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK2
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 05
		Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025
		Muka Surat : 2/ 10

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>

	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN KES KECEMASAN	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK2
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 05
		Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025
		Muka Surat : 3/ 10

(B) ISU-ISU RISIKO

- i) Ketiadaan pemandu ambulans.
- ii) Kekurangan staf jika berkalu kes kecemasan waktu rehat/ luar pejabat.
- iii) Peralatan sokongan perubatan rosak (*malfunction*).
- iv) Kerosakan ambulans.

6.0 TANGGUNGJAWAB DAN TINDAKAN

TANGGUNGJAWAB	TINDAKAN	
	A. PENDAFTARAN PESAKIT	
Pemb PK	1.	Terima panggilan telefon dan dapatkan maklumat keadaan pesakit berkenaan. Rekodkan dalam Buku Rekod Panggilan Kecemasan.
Pemandu Ambulans	2.	Sediakan ambulans dan peralatan bantu kecemasan yang perlu.
P Peg Perubatan/ JT	3.	Pergi ke lokasi berkenaan.
	4.	Nilai kes berkenaan (keadaan pesakit dan persekitaran) dan berikan rawatan kecemasan yang perlu.
	5.	Catatkan maklumat kes dalam Borang Penilaian Pesakit di Lokasi.
	6.	Hubungi Peg Perubatan/ P Peg Perubatan yang bertugas dan terima arahan (Jika perlu).
	7.	Bawa ke Pusat Kesihatan untuk rawatan atau Rujuk ke Hospital (Jika perlu).
	B. SARINGAN PESAKIT- BILIK PEMERHATIAN	
P Peg Perubatan/ JT	1.	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).
	2.	Beri rawatan awal hubungi Peg Perubatan/ P Peg Perubatan dalam kadar segera.
	3.	Rekod ke dalam sistem <i>e-clinic</i> .

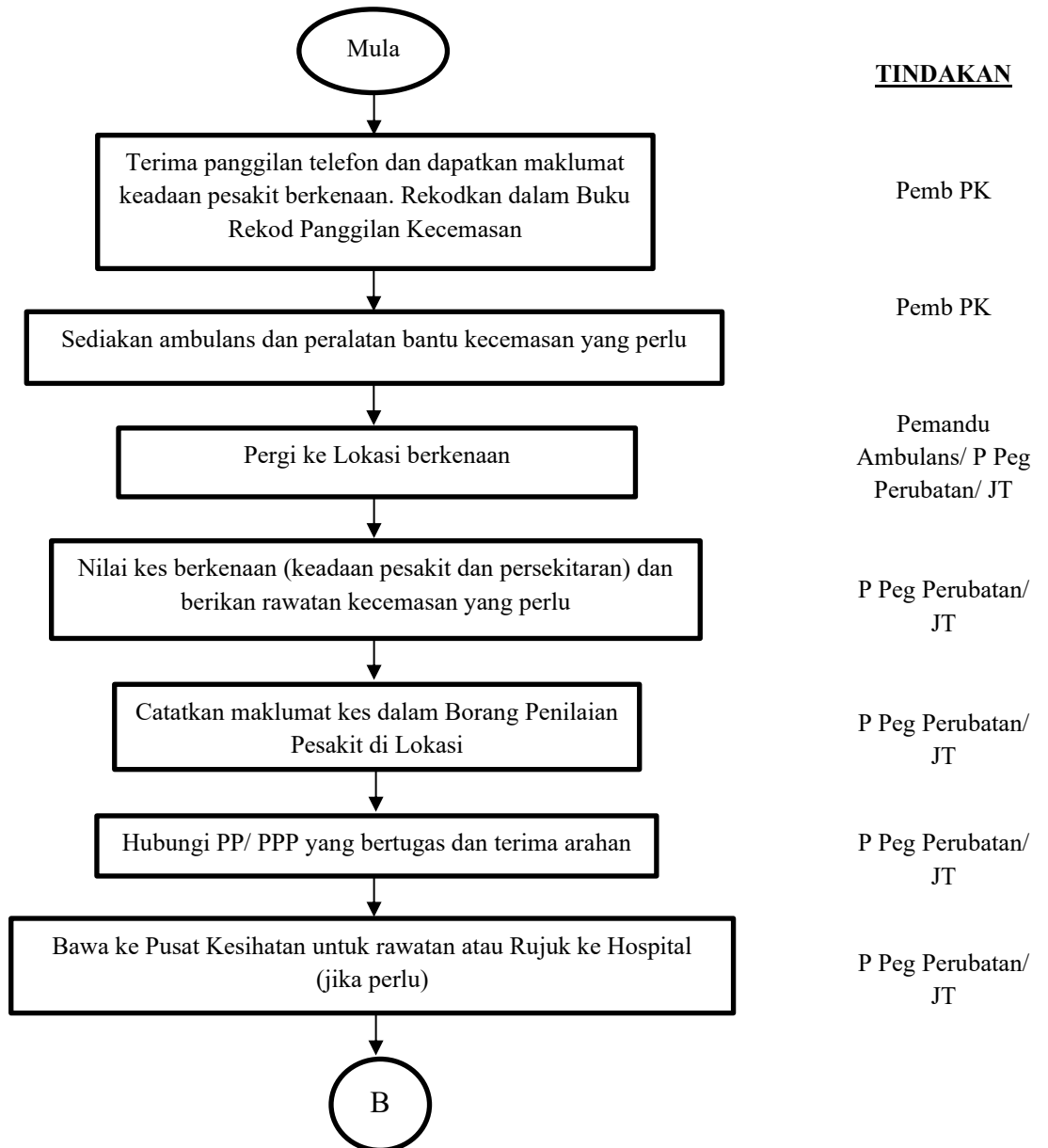
	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN KES KECEMASAN	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK2
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 05
		Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025
		Muka Surat : 4/ 10

	C. PEMERIKSAAN PESAKIT	
Peg Perubatan/ P Peg Perubatan	1.	Ambil sejarah kesihatan, Lakukan pemeriksaan fizikal ke atas pesakit. Jika berlainan jantina, minta bantuan <i>chaperone</i> .
	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 system <i>e-clinic</i> beserta 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.
	D. PEMBERIAN UBATAN	
Peg Farmasi/ P Peg Farmasi	1.	Beri ubat kepada pesakit mengikut preskripsi.
	2.	Terang kepada pesakit cara-cara penggunaan ubatan.
	3.	Cetak dan simpan Salinan preskripsi setelah selesai.

	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN KES KECEMASAN	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK2
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 05
		Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025
		Muka Surat : 5/ 10

7.0. CARTA ALIR

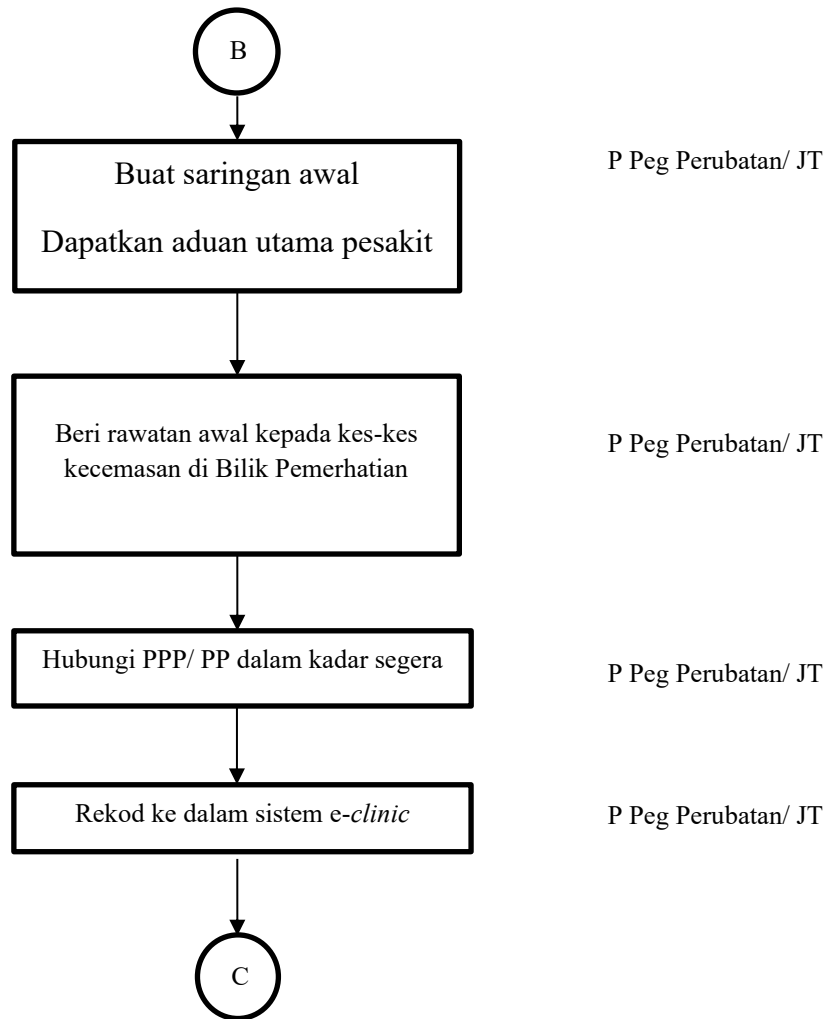
7.1. Pendaftaran Pesakit



	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN KES KECEMASAN	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK2
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 05
		Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025
		Muka Surat : 6/ 10

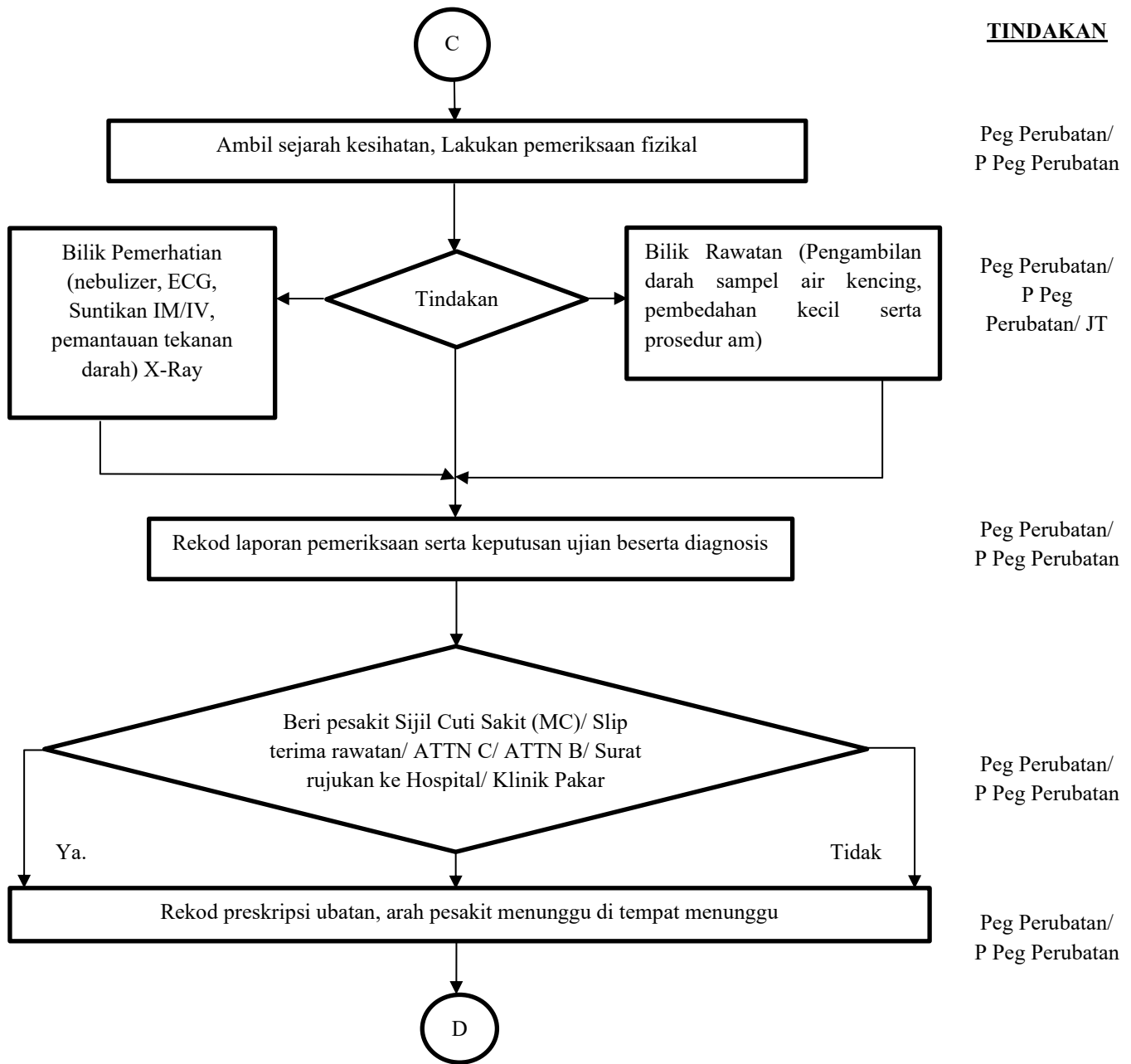
7.2. Saringan Pesakit

TINDAKAN



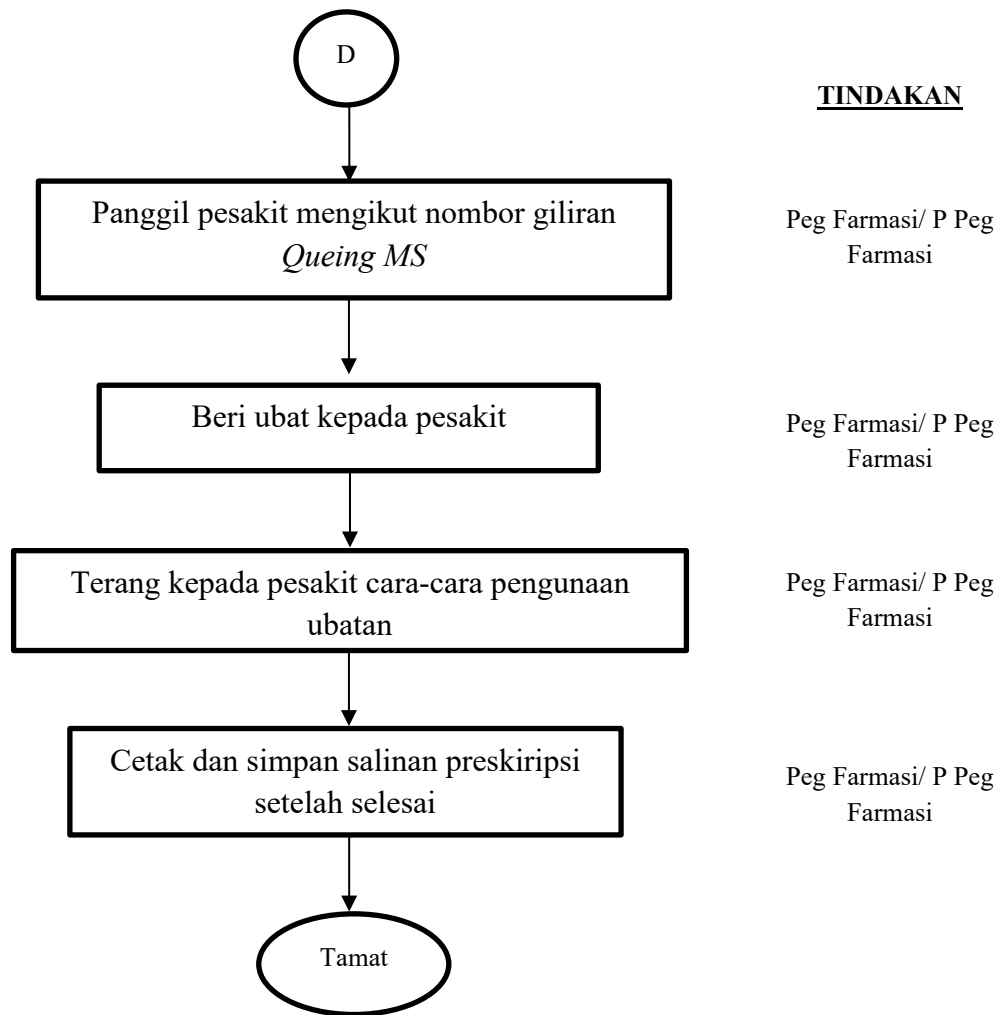
	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN KES KECEMASAN	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK2
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 05
		Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025
		Muka Surat : 7/ 10

7.3. Pemeriksaan Pesakit



	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN KES KECEMASAN	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK2
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 05
		Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025
		Muka Surat : 8/ 10

7.4. Pemberian Ubatan



	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN KES KECEMASAN	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK2
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 05
		Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025
		Muka Surat : 9/ 10

8.0 REKOD KUALITI

BIL	NAMA REKOD	LOKASI	TEMPOH PENYIMPANAN
1.	Fail Pesakit Perubatan • Rekod Rawatan Perubatan • Surat Rujukan • Borang X –Ray • Borang Makmal • Borang Keizinan Pembedahan Kecil	Sistem <i>e-Clinic</i> Bahagian Pendaftaran Pesakit Stor Pesakit Bilik Pemerhatian	5 Tahun
2.	• Sijil Cuti Sakit • Sijil Perakuan Masa Rawatan • Slip Kerja Ringan (<i>Light Duty</i>)	Bilik Doktor/Bilik Rawatan	5 Tahun
3.	• Slip Preskripsi	Unit Farmasi	5 Tahun
4.	• Buku Pendaftaran Ujian Makmal	Makmal Perubatan	5 Tahun
5.	• Buku Pendaftaran Ujian X - Ray	Unit X- Ray	5 Tahun
6.	• Buku Pendaftaran Rawatan Kecemasan/ <i>Ambulance Call</i> • Borang Penilaian Pesakit di Lokasi	Bilik Pemerhatian	5 Tahun
7.	• Fail Pengurusan Risiko	Bilik Doktor	5 Tahun

	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN KES KECEMASAN	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK2
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 05
		Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025
		Muka Surat : 10/ 10

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 <i>e-clinic</i> 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 Penilaian 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	

[illegible]

1

SULIT DARIHAL PERUBATAN

[illegible]

(Hendaklah ditandatangani oleh Pegawai Perubatan/Pergigian yang merujuk)

PERMINTAAN UNTUK PEMERIKSAAN KHAS**Bahagian 1**

NO.TENTERA/AWAM	PANGKAT	NAMA PENUH			
PASUKAN		UMUR	LELAKI/ PEREMPUAN		NO. PENDAFTARAN & TARIKH DITERIMA
HOSPITAL/RSAT/PUSAT PERUBATAN AT		WAD	TARIKH MASUK		
Tanda Kotak Berkenaan	Kerusi Roda ☐	Usungan ☐	Jalan Kaki ☐	Wad ☐	
Tanda Kotak Berkenaan	Jenis Spesimen	Tarikh dan masa diambil		Yang lepas/EKG/X-Ray No.	
Bakteriologi ☐	Pemeriksaan yang diperlukan				
Biokimia ☐					
EKG ☐					
Haematologi ☐	Kenyataan ringkas termasuk rawatan dan perkembangan				
Therapi Occupational ☐					
Pathologi ☐					
Fisiologi ☐					
Virologi ☐					
X-Ray ☐					
Tarikh :		 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	
13. Pegawai Kerajaan [] Ya [] Tidak					29. Faktor Dedahan	
					30. Ukuran dan Jumlah Filem	
14. Keias		15. Bayaran [] Bayar [] Percuma		31. Waktu Selesai		
16. Asma / Alergi:	17. Berat Badan	18. Mengandung [] Ya [] Tidak		32. Komen		
19. Keadaan Pesakit: [] Kerusi [] Troli [] Berjalan Kaki	20. [] Mudah Gerak		33. Temujanji Tarikh : Masa :			
21. PEMERIKSAAN [] X - RAY [] Ultrasound [] M.R.I [] Anglo [] C.T [] Lain-lain (Sila Nyatakan) Nyatakan Bahagian :						
22. Data Klinikal: LMP :						
23. Laporan Radiologi:						
Nama T/Tangan & Cop Pakar / Peg Perubatan Tarikh :						
Nama T/Tangan & Cop Pakar Radiologi Tarikh :						

635541		PRESKRIPSI		BAT F 22 (Pind 2/2012)	
Pangkat:		Rx			
Nama:					
No. Tentera/KP:					
Sila tandakan Kategori I dan II yang berkaitan: Kategori I: Umum		☐ Tentera ☐ Pasangan ☐ Veteran ☐ Anak ☐ Awam Kementah ☐ Ibu/Bapa ☐ Awam ☐ 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 :																															
☐	FEVER	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td colspan="2">PROCEDURE</td></tr> <tr><td>☐</td><td>DRESSING</td></tr> <tr><td>☐</td><td>IV DRIP</td></tr> <tr><td>☐</td><td>EYE IRRIGATION</td></tr> <tr><td>☐</td><td>EAR IRRIGATION</td></tr> <tr><td>☐</td><td>NAIL AVULSION</td></tr> <tr><td>☐</td><td>STO</td></tr> <tr><td>☐</td><td>T&S</td></tr> <tr><td>☐</td><td>SC / IM / IV</td></tr> <tr><td>☐</td><td>CORN REMOVAL</td></tr> <tr><td>☐</td><td>ETC :</td></tr> <tr><td>☐</td><td></td></tr> <tr><td>☐</td><td></td></tr> <tr><td>☐</td><td></td></tr> <tr><td>☐</td><td></td></tr> </table>		PROCEDURE		☐	DRESSING	☐	IV DRIP	☐	EYE IRRIGATION	☐	EAR IRRIGATION	☐	NAIL AVULSION	☐	STO	☐	T&S	☐	SC / IM / IV	☐	CORN REMOVAL	☐	ETC :	☐		☐		☐		☐	
PROCEDURE																																	
☐	DRESSING																																
☐	IV DRIP																																
☐	EYE IRRIGATION																																
☐	EAR IRRIGATION																																
☐	NAIL AVULSION																																
☐	STO																																
☐	T&S																																
☐	SC / IM / IV																																
☐	CORN REMOVAL																																
☐	ETC :																																
☐																																	
☐																																	
☐																																	
☐																																	
☐	COUGH																																
☐	FLU																																
☐	SOB																																
☐	ASTHMA																																
☐	ETC :																																
☐																																	
☐																																	
HEAD																																	
☐	HEAD ACHE																																
☐	DIZZINESS																																
☐	BLURRING OF VISION																																
☐	EYES PROBLEM																																
☐	NOSE PROBLEM																																
☐	EPITAXIS																																
☐	EAR PROBLEM																																
☐	ETC :																																
NECK																																	
☐	PAIN																																
☐	SWELLING																																
☐	SORE THROATS																																
☐	ETC :																																
BODY																																	
☐	CHEST PAIN																																
☐	SHOULDER PAIN																																
☐	BACK PAIN																																
☐	ELBOW PAIN																																
☐	WRIST PAIN																																
☐	MUSCLE / JOINT PAIN																																
☐	DIARRHOEA																																
☐	ABDOMINAL PAIN / DISCOMFORT																																
☐	DYSMENORRHEA																																
☐	VOMITTING																																
☐	NAUSEA																																
☐	KNEE PAIN Rt / Lt																																
☐	ANKLE PAIN Rt / Lt																																
☐	ETC :																																
SKIN																																	
☐	ICHTHINESS																																
☐	RASHES																																
☐	BLISTER																																
☐	ABRASION WOUND																																
☐	CORN																																
☐	ETC :																																
LABS / DIAGNOSTICS																																	
☐	X-RAY :																																
☐	UFEME																																
☐	FBC																																
☐	ETC :																																

DOCTOR REPORTS





UPNM
National Defence University of Malaysia
Pauz: Din • 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

jamsehingga jam Pagi/Petang

Sekian. Terima Kasih.

Yang benar, .

.....
Pegawai Perubatan

Pusat Perubatan Universiti Pertahanan Nasional Malaysia

PKUPNM 002836		PRESKRIPSI
Pangkat :		
Nama :		
No Kaki tangan / Pelajar :		
Kategori : TENTERA / AWAM Kaki tangan ☐ Pasangan ☐ Anak ☐ Ibu / Bapa ☐ Pelajar ☐ Lain - Lain : _____		
Umur :		
Pasukan :		
Disemak oleh :		
Dikeluarkan oleh :		
PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA		

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

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 :

Perkara	
Kepada	SESIAPA YANG BERKENAAN
Daripada	

Tuan/Puan,

BORANG PEMERIKSAAN MAKMAL**Bahagian 1**

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



UPNM
Universiti Pertahanan Nasional Malaysia

UNIT PERKHIDMATAN RADIOLOGI, PUSAT KESIHATAN

UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA

KEM SUNGAI BESI, 57000 KUALA LUMPUR

TEL: 03-9051 4483 / 4485

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 { } YA { } TIDAK	BAYARAN { } PERCUMA { } BAYAR	BILIK		WAKTU TERIMA	
KEADAAN PESAKIT { } BERJALAN KAKI { } KERUSI RODA { } TROLI	TEMUJANJI TARIKH :	MASA:	JURU X-RAY				
JANIS PEMERIKSAAN { } X-RAY { } ULTRASOUND { } CT.SCAN { } MRI { } LAIN-LAIN.....	LMP	FAKTOR DEDAHAN					
BAHAGIAN PEMERIKSAAN	JUMLAH DAN SAIZ FILEM	WAKTU SELESAI					
DATA KLINIKAL							
..... NAMA TANDATANGAN & COP PAKAR / PEGAWAI PERUBATAN TARIKH :							
LAPORAN RADIOLOGI							
..... NAMA TANDATANGAN & COP PAKAR / PEGAWAI PERUBATAN TARIKH :							

PK. UPNM / RADIOLOGI

Kes yang dirujuk hospital :

Bil	Nama Pesakit	No staf/ Pelajar	Hospital	Diagnosis/Sebab dirujuk
1				
2				
3				
4				
5				

Bil	Nama Pesakit	No staf/ 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