



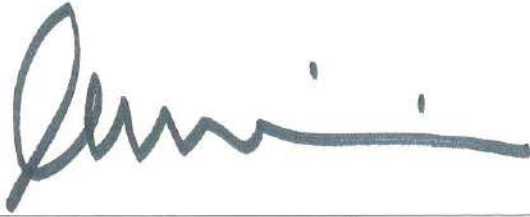
# UPNM

*National Defence University of Malaysia*

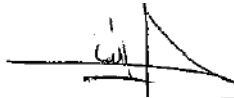
Kewajipan • Maruah • Integriti

## GARIS PANDUAN RAWATAN PERUBATAN PUSAT KESIHATAN UPNM

PK(O). UPNM.PK. 04 – GP1

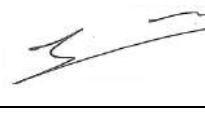
|             | DISEDIAKAN OLEH                                                                     | DILULUSKAN OLEH                                                                      |
|-------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------|
| 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            |  |                             | <i>Hard<br/>Copy</i> |
| 02                        | PENGURUS<br>KUALITI | 08 / 09 / 2025            |  |                             | <i>Hard<br/>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 &<br>Senarai Edaran | Pengemaskinian<br>nama NC<br>baharu dan<br>Pengurus Kualiti |  |
| 08 / 09 / 2025 | 02 | 05 | Muka Depan &<br>Senarai Edaran | Pengemaskinian<br>nama NC                                   |  |

DOKUMEN TERKAWAL

|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small><br><small>BERSEKUTULA BERSAMA SAMA</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | <b>Muka Surat : 1/ 17</b>                        |

## 1.0 OBJEKTIF

Garis panduan ini menerangkan tatacara pemeriksaan fizikal, rawatan pesakit, pengurusan *medical cover*, pengurusan kes kematian dan pensterilan peralatan di Pusat Kesihatan supaya dapat dikendalikan dengan lebih teratur dan berkesan.

## 2.0 SKOP

Prosedur ini diguna pakai oleh seluruh warga Pusat Kesihatan termasuk Pegawai Perubatan, Penolong Pegawai Perubatan, Jururawat Terlatih, Pegawai Farmasi, Penolong Pegawai Farmasi, Juru Teknologi Makmal, Juru X-Ray dan Pembantu Perawatan Kesihatan.

## 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

## 4.0 DEFINISI

- 4.1 ECG : Ujian yang berfungsi untuk melakukan diagnosis bagi mengetahui keadaan degupan jantung.
- 4.2 IV : Dalam saluran darah

|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small><br><small>BERSEKUTULA BERSAMA SAMA</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | <b>Muka Surat : 2/ 17</b>                        |

## 5.0 SINGKATAN

| SINGKATAN              | NAMA PENUH                   |
|------------------------|------------------------------|
| <b>Peg Perubatan</b>   | Pegawai Perubatan            |
| <b>P Peg Perubatan</b> | Penolong Pegawai Perubatan   |
| <b>P Peg Farmasi</b>   | Penolong Pegawai Farmasi     |
| <b>Peg Farmasi</b>     | Pegawai Farmasi              |
| <b>JT</b>              | Jururawat Terlatih           |
| <b>JXR</b>             | Juru X-Ray                   |
| <b>MLT</b>             | JuruTeknologi Makmal         |
| <b>Pemb PK</b>         | Pembantu Perawatan Kesihatan |
| <b>PA</b>              | Pemandu Ambulans             |

## 6.0 PANDUAN

### 6.1 Pemeriksaan Fizikal

#### 6.1.1 Pengukuran Suhu Badan

##### a) Oral

- i. Pastikan peralatan berfungsi
- ii. Prosedur diterangkan
- iii. Ambil jangka suhu dari bekas
- iv. Bilas dengan air mengalir
- v. Keringkan dengan *SWAB* kering dari hujung ke pangkal
- vi. Goncang jangka suhu hingga paras raksa turun ke bawah suhu 35 darjah Celsius
- vii. Masukkan ke dalam sarung plastik yang dikhaskan
- viii. Letak jangka suhu di bawah lidah selama 3 minit
- ix. Keluarkan jangka suhu dan buangkan plastik
- x. Baca paras raksa pada aras mata
- xi. Rekod bacaan suhu

|                                                                                                                                                         |                                                                                         |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>Muka Surat : 3/ 17</b>                        |

b) Telinga

- i. Terangkan prosedur
- ii. Masukkan jangka suhu dengan penutup ke telinga dan tekan butang hingga berbunyi. Tunggu sebentar. Bacaan suhu badan akan tercatat pada skrin
- iii. Tanggalkan penutup telinga
- iv. Rekodkan bacaan

c) *Infra-red*

- i. Terangkan prosedur
- ii. Halakan jangka suhu ke arah permukaan dahi dan tekan butang hingga berbunyi. Tunggu sebentar. Bacaan suhu badan akan tercatat pada skrin.
- iii. Alihkan jangka suhu setelah selesai
- iv. Rekodkan bacaan

## 6.1.2 Pengukuran Tekanan Darah

a) Digital

- i. Pastikan peralatan berfungsi
- ii. Terangkan prosedur dan posisikan pesakit (duduk/ baring)
- iii. Pilih saiz *cuff* yang sesuai
- iv. Balut *cuff* pada lengan pesakit dengan memastikan *cuff* terletak 2.5cm atas daripada ruang *cubital*
- v. Letak alat pada permukaan rata separas jantung
- vi. Tekang butang *On/ Start*
- vii. Tunggu sehingga bacaan tekanan darah dan kadar denyut jantung tertera
- viii. Tanggalkan *cuff*
- ix. Rekodkan bacaan

b) Manual

- i. Sediakan peralatan (stetoskop dan *sphygmomanometer*)
- ii. Terangkan prosedur dan posisikan pesakit (duduk/ baring)
- iii. Pilih saiz *cuff* yang sesuai
- iv. Balut *cuff* pada lengan pesakit dengan memastikan *cuff* terletak 2.5cm atas ruang *cubital*
- v. Letak alat di permukaan rata separas dengan jantung
- vi. Rasa dan kira nadi *radial*

|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  | <p style="text-align: center;"><b>GARIS PANDUAN</b></p> <p style="text-align: center;"><b>RAWATAN</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PERUBATAN</b></p> <p style="text-align: center;"><b>PUSAT KESIHATAN</b></p> <p style="text-align: center;"><b>UPNM</b></p> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>Muka Surat : 4/ 17</b>                        |

- vii. Kembangkan *cuff* sehingga denyutan nadi tidak dirasai
- viii. Keluarkan udara perlahan-lahan dengan memusing *knob* hingga 0mmHg
- ix. Ambil dan rekodkan bacaan. Bacaan sistolik bunyi nadi pertama didengar dan bacaan diastolik bunyi terakhir nadi didengar.

#### 6.1.3 Pengambilan Berat Badan

- a) Rekodkan butiran pesakit
- b) Terangkan prosedur
- c) Pastikan bacaan pada alat penimbang bermula dengan “0”
- d) Arahkan pesakit membuka kasut
- e) Arahkan pesakit berdiri di atas penimbang
- f) Ambil dan rekodkan bacaan

#### 6.1.4 Pengambilan Tinggi

- a) Rekod butiran pesakit
- b) Terangkan prosedur
- c) Arahkan pesakit membuka kasut dan berdiri tegak menghadap ke hadapan
- d) Letakkan alat penyukat berada di atas kepala pesakit
- e) Rekodkan bacaan

#### 6.1.5 Ujian Penglihatan (*Visual Acuity*)

- a) Rekodkan butiran pesakit
- b) Minta pesakit berdiri 6 meter dari Carta *Snellen*
- c) Beri penutup mata kepada pesakit
- d) Minta pesakit menutup sebelah mata terlebih dahulu sama ada kiri atau kanan
- e) Minta pesakit kenal pasti huruf di Carta *Snellen* sehingga jarak 6/6
- f) Ulangi prosedur pada sebelah mata lagi
- g) Rekodkan keputusan
- h) Lakukan ujian warna mengguna Carta *Ischihara* dan rekodkan keputusan

|                                                                                                                                                         |                                                                                         |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>Muka Surat : 5/ 17</b>                        |

#### 6.1.6 Pengukuran Kadar Penafasan

- Stabilkan pesakit
- Terangkan prosedur
- Letakkan tangan pesakit di atas dadanya
- Perhatikan pergerakan dada pesakit
- Kira pernafasan dalam satu minit
- Rekodkan bacaan

#### 6.1.7 Pemeriksaan Jantung

- Rekod maklumat pesakit dalam buku rekod ECG
- Terangkan prosedur pemeriksaan kepada pesakit
- Arahan pesakit menanggalkan barang kemas/ jam tangan
- Dehidkan pada bahagian yang perlu
- Pasangkan *clamp* pada pergelangan tangan dan kaki pesakit mengikut *colour coding*
  - Pergelangan tangan kanan – merah
  - Pergelangan tangan kiri – kuning
  - Pergelangan kaki kanan – hijau
  - Pergelangan kaki kiri – hitam
- Pasangkan *chest leads* pada dada dengan melekatkan sedikit gel terlebih dahulu
  - C4 pada *5<sup>th</sup> intercostal space, mid clavicular line*
  - C1 pada *4<sup>th</sup> intercostal space (right sternal border)*
  - C2 pada *4<sup>th</sup> intercostal space (left sternal border)*
  - C3 terletak di antara C2-C4
  - C6 – *left midaxillary line* sama aras dengan C4
  - C5 terletak diantara C4-C6
- Hidupkan mesin ECG
- Tekan butang cetak
- Tunggu sehingga semua rakaman *chest leads* dan laporan lengkap keluar
- Matikan mesin ECG dan tanggalkan semua *leads* daripada badan pesakit
- Tuliskan maklumat pesakit di belakang kertas ECG
- Rekodkan keputusan dalam Buku Rekod ECG

|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         |                                                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small><br><small>BERSEKUTULA BERSAMA SAMA</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                                                                    |                                                                                         | <b>Muka Surat : 6/ 17</b>                        |

## 6.2 Rawatan Pesakit

### 6.2.1 Rawatan Resusitasi/ Bantu Mula

- Nilai tahap kesedaran pesakit
- Ambil bacaan tekanan darah dan nadi
- Kira kadar penafasan
- Ambil suhu badan
- Stabilkan pesakit dengan memberi rawatan resusitasi/ bantu mula
- Dapatkan butir pengenalan pesakit dan rekodkan dalam Nota Klinikal
- Rekodkan maklumat rawatan

### 6.2.2 Pemberian Cecair Intravena (*IV Drip*)

- Rekodkan butiran pesakit
- Minta pesakit baring dan terangkan prosedur kepada pesakit
- Sediakan peralatan
  - Cecair intravena yang diarahkan
  - IV Tubing*
  - Swab*
  - Branula*
  - Tourniquet*
  - Sarung tangan
  - Micropore*
- Sambungkan *IV Tubing* dengan botol cecair intravena dan pastikan tiada udara. Gantungkan botol di sebelah pesakit
- Beri privasi kepada pesakit
- Pastikan pencahayaan mencukupi
- Minta izin kepada pesakit untuk melakukan prosedur
- Kenal pasti salur darah untuk *transfuse*
- Pasang *tourniquet* 3 inci atas dari salur darah yang dikenalpasti
- Tepuk salur darah supaya lebih jelas
- Bersihkan kawasan dengan *alcohol swab*
- Cucuk salur darah dengan *branula*
- Tarik jarum dari *branula* dan sambungkan kepada *IV Tubing*
- Buka ikatan *tourniquet* perlahan-lahan
- Lekatkan *micropore tape* untuk menetapkan kedudukan *branula*

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small><br><small>BERSEKUTULA • BERKUALITI • BERKEMAMUHAN</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN</b><br><b>PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN</b><br><b>UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>Muka Surat : 7/ 17</b>                        |

- p) Buka *clamp* pada *IV Tubing* perlahan-lahan untuk memastikan pengaliran cecair lancar
- q) Setkan sirkulasi mengikut formula berikut :
- r) Jumlah isipadu (ml)  $\times$  20gtt/ml (*drop factor*) bahagi minit
- s) Selesaikan pesakit
- t) Bersih, kemas dan cuci peralatan

#### 6.2.3 Pemberian Ubat secara Oral dan suntikan

- a) Secara oral
  - i. Sediakan dos ubat seperti yang diminta
  - ii. Pastikan pesakit makan ubat yang diberikan
  - iii. Catatkan masa ubat *STAT* dos yang diberikan
  - iv. Buat pemerhatian ke atas kesan sampingan ubat
- b) Secara Suntikan
  - i. Sediakan ubat dan peralatan
  - ii. Patahkan ampul pada paras yang bertanda
  - iii. Sedut ubat dan pastikan tiada gelembung udara di dalam *syringe*
  - iv. Tanggalkan jarum yang digunakan dan digantikan dengan yang baru
  - v. Pastikan ubat yang betul sebelum disuntik
  - vi. Posisikan pesakit dan pastikan tempat suntikan (*intramuscular, intravenous* atau *subcutaneous*)
  - vii. Bersihkan tempat suntikan dengan *alcohol swab*
  - viii. Suntik pada tempat yang dikenal pasti
  - ix. Rekodkan pemberian ubat
  - x. Buat pemerhatian kepada pesakit

#### 6.2.4 Pemberian *Nebulizer*

- a) Rekod maklumat pesakit
- b) Sediakan ubat dengan dos yang betul
- c) Tuangkan ubat ke dalam bekas sukatkan
- d) Sambungkan *facemask* dan hidupkan mesin
- e) Nasihatkan pesakit menarik nafas secara perlahan
- f) Buat pemerhatian ke atas kesan sampingan ubat
- g) Periksa semula pesakit

|                                                                                                                                                         |                                                                                         |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>Muka Surat : 8/ 17</b>                        |

#### 6.2.5 Pemberian Oksigen dan Pengukuran Saturasi Oksigen dalam darah

- a) Rekod maklumat pesakit
- b) Terangkan prosedur dan posisikan pesakit
- c) Pasangkan alat saturasi oksigen (spO<sub>2</sub>) kepada jari pesakit
- d) Pasangkan *apparatus* oksigen kepada pesakit
  - i. Jika kadar oksigen dalam badan kurang 95 %, pemberian oksigen hendaklah di lakukan dengan menggunakan *regulator* oksigen
  - ii. Jika menggunakan *humidifier*, pastikan botol yang digunakan bersih dan diisi air suling yang baru bagi setiap pesakit
  - iii. Pastikan kaedah dan pemberian oksigen/ min adalah sesuai seperti di bawah
    - *Nasal prong* : 1-3 l/min
    - *Face mask* : 4-10 l/min
    - *High saturation mask* : 10-15 l/min
- e) Perhatikan keadaan pesakit

#### 6.2.6 Mencuci, menjahit dan membuka jahitan luka

- a) Mencuci luka (*dressing*)
  - i. Rekodkan maklumat pesakit
  - ii. Sediakan peralatan
    - Set *dressing*
    - Larutan antiseptik
    - Sarung tangan
    - *Swab* dan *gauze*
    - *Green paper*
    - *Micropore*
    - Gunting
    - Bekas sisa klinikal
  - iii. Terangkan prosedur yang akan dilakukan kepada pesakit
  - iv. Beri privasi kepada pesakit
  - v. Cuci tangan sekali lagi
  - vi. Pakai sarung tangan dan *facemask*
  - vii. Buka penutup *dressing* set
  - viii. Bantu pesakit ke posisi yang sesuai
  - ix. Dedahkan kawasan luka
  - x. Letakkan *green paper* di bawah bahagian yang perlu dicuci

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small><br><small>BERSEKUTULA • BERKUALITI • BERKEMAMUHAN</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN</b><br><b>PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN</b><br><b>UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>Muka Surat : 9/ 17</b>                        |

- xi. Lakukan prosedur mencuci secukupnya
- xii. Tutup luka jika perlu
- xiii. Nasihatkan pesakit bagaimana menjaga luka tersebut
- xiv. Memberi temujanji jika perlu

b) Menjahit Luka (*Toileting & Suturing*)

- i. Rekod maklumat pesakit
- ii. Sediakan set menjahit luka
- iii. Kenal pasti *suture* (benang) yang akan digunakan
- iv. Sediakan suntikan bius
- v. Pakai sarung tangan dan *mask*
- vi. Tuangkan cecair antiseptik contohnya *Normal Saline* atau *Povidone Iodine* dan *Acriflavine*
- vii. Posisikan pesakit
- viii. Berikan *anaesthesia* di tempat yang diperlukan
- ix. Cuci luka
- x. Lindungi kawasan jahitan yang akan dijahit setelah kebas
- xi. Jahit luka
- xii. Letakkan gel/ krim antibiotik dan tutupkan jahitan
- xiii. Beri temu janji untuk membuka jahitan luka

c) Membuka Jahitan Luka

- i. Rekod maklumat pesakit
- ii. Berikan privasi kepada pesakit
- iii. Nilai luka pembedahan
  - Kawasan jahitan
  - Keadaan luka jahitan
  - Jenis jahitan yang digunakan
- iv. Sediakan peralatan
  - *Set dressing* atau *open set*
  - Sarung tangan
  - Cecair antiseptik
  - *Cotton swab* dan *gauze*
  - *Stitch scissor*
  - Semburan antiseptik

|                                                                                                                                                         |                                                                                         |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>Muka Surat : 10/ 17</b>                       |

- d) Cuci tangan
- e) Posisikan pesakit
- f) Letakkan pengalas
- g) Dedahkan kawasan luka
- h) Pakai sarung tangan dan buka set *dressing* atau *open set*
- i) Cuci luka jahitan dengan cecair antiseptik
- j) Lakukan prosedur membuka jahitan
- k) Nilai luka jahitan, jika ada pendarahan berlaku, lakukan prosedur mencuci luka
- l) Keringkan luka dengan semburan antiseptik
- m) Berikan nasihat kepada pesakit

#### 6.2.7 *Incision and Drainage*

- a) Rekodkan maklumat pesakit
- b) Sediakan set *incision and drainage*
- c) Kenal pasti benang dan *scalpel* yang akan digunakan
- d) Sediakan suntikan bius
- e) Buka set dan pastikan peralatan cukup
- f) Cuci tangan, pakai sarung tangan dan topeng muka
- g) Tuangkan cecair antiseptik (*Normal Saline*, *Povidone Iodine* dan *Acriflavine Lotion* ke dalam *galipot*)
- h) Posisikan pesakit
- i) Terangkan prosedur
- j) Berikan suntikan bius setempat
- k) Cuci luka
- l) Lindungi kawasan terlibat dengan *draping cloth*
- m) Buat *incision* selepas bius berkesan
  - i. I&D alirkan discaj keluar sepenuhnya dan cuci sebersihnya
  - ii. Pembedahan benjolan: Pastikan kesemua benjolan dikeluarkan
- n) Tutup kawasan *incision* dengan *gauze* atau jahit jika perlu
- o) Beri temuanji

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         |                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small><br><small>BERSEKUTULAH MELAKSANAKAN TRANSFORMASI</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         | <b>Muka Surat : 11/ 17</b>                       |

#### 6.2.8 Cabutan Kuku (*Nail Avulsion*)

- a) Rekod maklumat pesakit
- b) Sediakan peralatan
  - *Needle holder*
  - *Artery forceps*
  - *Surgical scissors*
  - *Galliport*
  - *Cotton & gauze*
- c) Sediakan suntikan bius dan tetanus (jika perlu)
- d) Cuci tangan, pakai sarung tangan dan topeng muka
- e) Tuangkan cecair antiseptik (*Normal Saline, Povidone Iodine* dan *Acriflavine Lotion* ke dalam *galliport*
- f) Posisikan pesakit
- g) Terangkan prosedur kepada pesakit
- h) Berikan *anaesthesia* (digital atau *local*) tempat yang diperlukan
- i) Cuci luka dengan antiseptik yang disediakan
- j) Lindungi kawasan luka dengan *draping cloth*
- k) Kenal pasti sama ada tempat yang akan dilakukan prosedur telah kebas
- l) Cabut kuku berkenaan menggunakan *needle holder*
- m) Cuci luka dengan antiseptik sehingga bersih dan letakkan gel antibiotik setelah selesai
- n) Tutup luka dengan *gauze* kemudian balut dengan *coban bandage*
- o) Nasihatkan pesakit untuk datang keesokan harinya untuk mencuci luka dan menukar balutan

#### 6.2.9 Pembersihan Telinga (*Ear Toileting*)

- a) Rekod maklumat pesakit
- b) Sediakan peralatan
  - i. *Ear toilet syringe*
  - ii. *Branula 22 G*
  - iii. *Kidney dish*
  - iv. *Normal saline*
  - v. *Curett / forcep*
  - vi. *Otoscope* dan tuala
  - vii. *Glove* dan *apron*

|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         |                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small><br><small>BERSEKUTULAH MELAKSANAKAN TRANSFORMASI</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                         | <b>Muka Surat : 12/ 17</b>                       |

- c) Posisikan pesakit dalam keadaan duduk di atas *couch*
- d) Terangkan prosedur
- e) Periksa telinga
- f) Salurkan cecair *normal saline* ke dalam telinga yang dirawat dengan menggunakan *ear toilet syringe*
- g) Ulang prosedur sehingga saluran telinga kelihatan bersih
- h) Periksa sebarang kecederaan dalam telinga

#### 6.2.10 Pembersihan mata (*Eye Irrigation*)

- a) Rekod maklumat pesakit
- b) Sediakan peralatan
  - i. *Kidney dish*
  - ii. Cecair *normal saline*
  - iii. *IV Tubing*
  - iv. Tuala
- c) Terangkan prosedur dan posisikan pesakit
- d) Nilai mata pesakit
  - i. Bendasing
  - ii. Luka/ pendarahan
  - iii. Jangkitan dalam mata/ bengkak
  - iv. Pergerakan mata
  - v. Struktur luaran mata
- e) Alas bahu dan kepala pesakit dengan tuala
- f) Cuci tangan dan pakai sarung tangan
- g) Pegang *kidney dish* dibawah mata bekernaan
- h) Arahkan pesakit buka mata. Alirkan *normal saline* melalui *IV Tubing* ke dalam mata sambil mengarahkan pesakit mengerakkan bola mata ke atas ke bawah
- i) Ulangi prosedur ini sehingga pesakit merasa lega

#### 6.2.11 Pemasangan Kolar Cervical(*Cervical Collar*)

- a) Pastikan pesakit berada dalam keadaan *supine*
- b) Sediakan kolar cervical yang bersesuaian

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small><br><small>BERSEKUTULA • BERKUALITI • BERKEMAMUHAN</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN</b><br><b>PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN</b><br><b>UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>Muka Surat : 13/ 17</b>                       |

- c) Seorang staf ampu belakang bahu dan kepala pesakit (untuk pastikan bahagian leher tidak bergerak). Pada masa yang sama seorang lagi staf memasang kolar cervical pada leher pesakit. Pastikan bentuk “v” berada di bahagian depan pesakit(dada)
- d) Pastikan kolar cervical memberi sokongan yang tepat (supaya leher tidak bergerak)

#### 6.2.12 Balutan dan Anduh

##### a) Balutan

- i. Rekodkan maklumat pesakit
- ii. Sediakan peralatan
  - Pembalut yang sesuai
  - Pin
  - *Micropore*
- iii. Terangkan prosedur
- iv. Ampu bahagian yang hendak dibalut
- v. Pegang pembalut bergulung menghala ke atas
- vi. Balut dengan dua pusingan teguh dan bahagian distal dan dari dalam ke luar
- vii. Balut berterusan sehingga menutupi kawasan yang terlibat
- viii. Tamatkan dengan dua lilitan di akhir pembalutan
- ix. Sematkan pembalut dengan pin
- x. Lakukan penilaian pengaliran darah di sekitar balutan

##### b) Anduh

- i. Rekodkan maklumat pesakit
- ii. Terangkan prosedur dan posisikan kepada pesakit
- iii. Sediakan peralatan
  - Anduh (*armsling*)
  - *Micropore*
  - Pin
- iv. Minta pesakit memangku tangan sehingga 90 darjah di antara lengan dengan siku
- v. Buka dan pakaikan anduh kepada pesakit dengan betul (Bucu anduh di bahagian siku)
- vi. Ikat anduh di leher pesakit
- vii. Minta pesakit melepaskan pangku tangan yang cedera
- viii. Tanya tahap keselesaan pesakit

|                                                                                   |                                                                                                                                             |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  | <p align="center"><b>GARIS PANDUAN</b></p> <p align="center"><b>RAWATAN PERUBATAN</b></p> <p align="center"><b>PUSAT KESIHATAN UPNM</b></p> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                   |                                                                                                                                             | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                   |                                                                                                                                             | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                   |                                                                                                                                             | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                   |                                                                                                                                             | <b>Muka Surat : 14/ 17</b>                       |

- ix. Letakkan pin pada penghujung segi tiga anduh (bahagian lengan) dan tutupkan pin dengan *microspore tape*
- x. Nilai *capillary refill time* dengan menekan kuku jari yang berkenaan selama 1-2 saat.
- xi. Beri nasihat yang sewajarnya kepada pesakit.

#### 6.3 Pengurusan *Medical Cover*

- a) Terima surat arahan daripada Ketua
- b) Kenal pasti program
- c) Permohonan diluluskan sekiranya :
  - i. Surat permohonan dihantar tidak kurang dari 14 hari dari tarikh acara/ aktiviti berlangsung
  - ii. Acara/ aktiviti tidak bertembung dengan acara yang lain yang telah dijadualkan
  - iii. Kakitangan mencukupi
  - iv. Jenis perlindungan yang akan diberikan adalah tertakluk kepada justifikasi Ketua Pusat Kesihatan UPNM mengikut *Scoring Card*.
  - v. Mendapat arahan terus daripada Ketua Pusat Kesihatan walaupun tidak menepati syarat (i)-(v) di atas
- d) Maklum balas permohonan ini akan diberikan dalam tempoh tujuh hari bekerja dari tarikh permohonan
- e) Buat surat dan jadual petugas serta hantar kepada pemohon dan petugas
- f) Sediakan peralatan perubatan mengikut program
- g) Pihak penganjur akan menyediakan tempat khas untuk meletak ambulans dan tanda arah ke kawasan/ bilik rawatan Pasukan Perlindungan Perubatan dan Kesihatan.
- h) Bayaran pasukan Perlindungan Perubatan dan Kesihatan adalah tertakluk kepada yang digariskan dalam Garis Panduan Liputan Pasukan Perlindungan Perubatan dan Kesihatan UPNM.
- i) Sebarang pembatalan atau perubahan aktiviti akan dimaklumkan kepada Pusat Kesihatan UPNM sekurang-kurangnya 24 jam sebelum aktiviti diadakan

#### 6.4 Pengurusan Kes Kematian

- a) Sahkan kematian
- b) Kenal pasti tempat kematian
  - i. Dalam Pusat Kesihatan
  - ii. Luar Pusat Kesihatan (dalam kampus)

|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             |                                                  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small><br><small>BERSEKUTUAN • BERKUALITI • BERKEMAMUHAN</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN</b><br><b>PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN</b><br><b>UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             | <b>Muka Surat : 15/ 17</b>                       |

- c) Kenal pasti keadaan mayat
  - i. Kecederaan fizikal (luka, patah)
  - ii. Kebiruan (*cyanosed*)
  - iii. Sebarang pendarahan
- d) Kenal pasti punca kematian (sekiranya jelas)
  - i. Serangan jantung
  - ii. Serangan asma
  - iii. Kemalangan jalan raya
  - iv. Terjatuh bangunan
  - v. Keracunan
  - vi. Bunuh diri
- e) Maklumkan kepada pihak berkenaan
  - i. Ketua Pusat Kesihatan
  - ii. Bahagian Keselamatan
  - iii. Balai Polis
  - iv. Timbalan Naib Canselor HEPA
  - v. Pengetua/ Felo Kolej Kediaman
  - vi. Dekan fakulti yang berkenaan
- f) Jangan ubah posisi mayat dan keadaan sekitarnya jika suspek kes pembunuhan/ kes polis
- g) Tutup mayat
- h) Beri bantuan dalam pengendalian mayat di mana yang perlu

#### 6.5 Pengurusan Pensterilan Alatan

- a) Pakai apron dan sarung tangan
- b) Masukkan peralatan ke dalam sinki
- c) Cuci menggunakan sabun dan bilas
- d) Rendam peralatan ke dalam disinfektan dan toskan
- e) Masukkan peralatan ke dalam beg *autoclave* mengikut saiz
- f) Hidupkan suis *autoclave* dan pastikan air suling mencukupi
- g) Susunkan peralatan dengan betul dan tutup pintu *autoclave*
- h) Biarkan sehingga proses pensterilan selesai
- i) Buka sedikit pintu *autoclave* supaya wap keluar lebih kurang 30 minit
- j) Matikan suis *autoclave*
- k) Keluarkan peralatan dan susunkan di tempat yang sesuai

|                                                                                   |                                                                                         |                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                   |                                                                                         | <b>Muka Surat : 16/ 17</b>                       |

## 7.0 CARTA ALIR

- Tidak berkenaan

## 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 Klinik<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/Ambulance Call</li> <li>• Borang Penilaian Pesakit di Lokasi</li> </ul>                                                                      | Bilik Pemerhatian                                                                  | 5 Tahun            |

|                                                                                                                                                         |                                                                                         |                                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------|
|  <b>UPNM</b><br><small>National Defence University of Malaysia</small> | <b>GARIS PANDUAN</b><br><br><b>RAWATAN PERUBATAN</b><br><br><b>PUSAT KESIHATAN UPNM</b> | <b>No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK.04-GP1</b> |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>No. Keluaran : 02</b>                         |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>No. Pindaan : 05</b>                          |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>Tarikh : 08 SEPTEMBER 2025</b>                |
|                                                                                                                                                         |                                                                                         | <b>Muka Surat : 17/ 17</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 <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 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 |                          |

[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/<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 : .....                                   |                                                     | 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<br>[ ] Ya [ ] Tidak                                                                                                |                       |                                      |                                  |                   | 29. Faktor Dedahan          |                  |
|                                                                                                                                         |                       |                                      |                                  |                   | 30. Ukuran dan Jumlah Filem |                  |
| 14. Keias                                                                                                                               |                       | 15. Bayaran<br>[ ] Bayar [ ] Percuma |                                  | 31. Waktu Selesai |                             |                  |
| 16. Asma / Alergi:                                                                                                                      | 17. Berat Badan       | 18. Mengandung<br>[ ] Ya [ ] Tidak   |                                  | 32. Komen         |                             |                  |
| 19. Keadaan Pesakit: [ ] Kerusi [ ] Troli [ ] Berjalan Kaki                                                                             | 20. [ ] Mudah Gerak   |                                      | 33. Temujanji<br>Tarikh : Masa : |                   |                             |                  |
| 21. PEMERIKSAAN<br>[ ] X - RAY [ ] Ultrasound [ ] M.R.I [ ] Anglo<br>[ ] C.T [ ] Lain-lain (Sila Nyatakan) .....<br>Nyatakan Bahagian : |                       |                                      |                                  |                   |                             |                  |
| 22. Data Klinikal:<br>LMP :                                                                                                             |                       |                                      |                                  |                   |                             |                  |
| 23. Laporan Radiologi:                                                                                                                  |                       |                                      |                                  |                   |                             |                  |
| Nama T/Tangan & Cop Pakar / Peg Perubatan<br>Tarikh :                                                                                   |                       |                                      |                                  |                   |                             |                  |
| 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: 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 .....

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

Sekian. Terima Kasih.

Yang benar, .

.....  
Pegawai Perubatan

Pusat Perubatan Universiti Pertahanan Nasional Malaysia

| PKUPNM 002836                                           |  | PRESKRIPSI |
|---------------------------------------------------------|--|------------|
| Pangkat :                                               |  |            |
| Nama :                                                  |  |            |
| No Kakitangan / Pelajar :                               |  |            |
| Kategori : TENTERA / AWAM                               |  |            |
| Kakitangan <input type="checkbox"/>                     |  |            |
| Pasangan <input type="checkbox"/>                       |  |            |
| Anak <input type="checkbox"/>                           |  |            |
| Ibu / Bapa <input type="checkbox"/>                     |  |            |
| Pelajar <input type="checkbox"/>                        |  |            |
| 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](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>No. Salz dan Nombor Filem X-ray |                                  |                                     |                              |                          |                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  | Tandatangan Pegawai Perubatan<br><br><br>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<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