






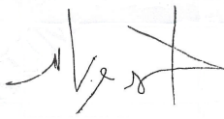
**UNIVERSITI PERTAHANAN
NASIONAL MALAYSIA
(UPNM)**


**ARAHAN KERJA
PENGENDALIAN RAWATAN PESAKIT LUAR**

PK(O). UPNM.PK. 03 – AK 1

	DISEDIAKAN OLEH	DILULUSKAN OLEH
TANDATANGAN		
NAMA	DR. NOOR MARZLIN BINTI MARZUKHI	LT JEN DATO' HAJI ABDUL HALIM BIN HAJI JALAL
JAWATAN	KETUA PUSAT KESIHATAN UPNM	NAIB CANSELOR
TARIKH	12 APRIL 2019	12 APRIL 2019

SENARAI EDARAN SALINAN DOKUMEN TERKAWAL

No. Salinan Kawalan	Penerima	Tarikh Edaran Diterima	Tandatangan	Tarikh Edaran Dipinda	Catatan
01	NAIB CANSOLOR	12/ 04/ 19			Hard Copy
02	PENGURUS KUALITI	12/ 04/ 19			Hard Copy

 UPNM	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN PESAKIT LUAR	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 01
		Tarikh : 12 APRIL 2019
		Mukasurat : 1/9

1.0 TUJUAN

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

2.0 SKOP

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

- a) Rawatan Perubatan
- b) Rawatan Pergigian

3.0 RUJUKAN

- 3.1 MK. UPNM.01 MS ISO 9001:2015
 - 3.1.1 Klausa 8.2 - Penentuan Keperluan Untuk Produk dan Perkhidmatan
 - 3.1.2 Klausa 8.5.1- Kawalan Terhadap Proses Penyampaian Perkhidmatan
 - 3.1.3 Klausa 8.5.4- Pemuliharaan
 - 3.1.4 Klausa 8.6- Pelepasan Produk dan Perkhidmatan
 - 3.1.5 Klausa 8.2.1 Komunikasi Pelanggan
 - 3.1.6 Klausa 9.1.2 Kepuasan Pelanggan
- 3.2 Fail Pekeliling Perkhidmatan Kesihatan
- 3.3 Garis Panduan Rawatan Perubatan
- 3.4 Akta Perubatan 1971
- 3.5 Akta Universiti dan Kolej Universiti 1971
- 3.6 Prosedur Pemeriksaan Kesihatan Pelajar & Staf
- 3.7 Polisi Pengurusan Risiko

4.0 DEFINISI

- 4.1 **Perkhidmatan Sokongan Klinikal** - Pemeriksaan makmal perubatan dan pergigian, x-ray perubatan dan pergigian
- 4.2 **Dispen** - Pemberian ubat dan bukan ubat mengikut prosedur yang telah ditentukan

 UPNM	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN PESAKIT LUAR	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 01
		Tarikh : 12 APRIL 2019
		Mukasurat : 2/9

5.0 (A) SINGKATAN

BIL	SINGKATAN	NAMA PENUH
5.1	PP	Pegawai Perubatan
5.2	PPP	Penolong Pegawai Perubatan
5.3	PPF	Penolong Pegawai Farmasi
5.4	PF	Pegawai Farmasi
5.5	JT	Jururawat Terlatih
5.6	PPK	Pembantu Perawatan Kesihatan
5.7	JXR	Juru X –Ray
5.8	MLT	Juru Teknologi Makmal
5.9	QMS	Queing Management System
5.10	JK	Jawatankuasa
5.11	DDA	Dangerous Drug Act

(B) ISU-ISU RISIKO

- i) Kehabisan bebrapa jenis ubat-ubatan
- ii) Kekurangan staf sewaktu aktiviti yang dijalankan
- iii) Peralatan sokongan perubatan rosak (*malfunction*)
- iv) Kesilapan preskripsi ubat

6.0 TANGGUNGJAWAB DAN TINDAKAN

Tanggungjawab	Tindakan
	A. PENDAFTARAN PESAKIT
PPK	1. Terima borang lapor sakit(BAT F256) dan daftar pesakit ke dalam system e-clinic menggunakan no staf/no kad pelajar/no tentera atau kad pengenalan.
	2. Pastikan borang BAT F256 lengkap diisi dan rekod nama dalam buku kehadiran pelajar atau staf.
	3. Beri nombor angka giliran kepada pesakit.
	B. SARINGAN PESAKIT
PPP/JT	1. Buat saringan awal – Dapatkan aduan utama pesakit secara ringkas, dan bacaan tekanan darah,degupan nadi, suhu badan serta kadar gula atau kadar spO2(jika berkaitan)

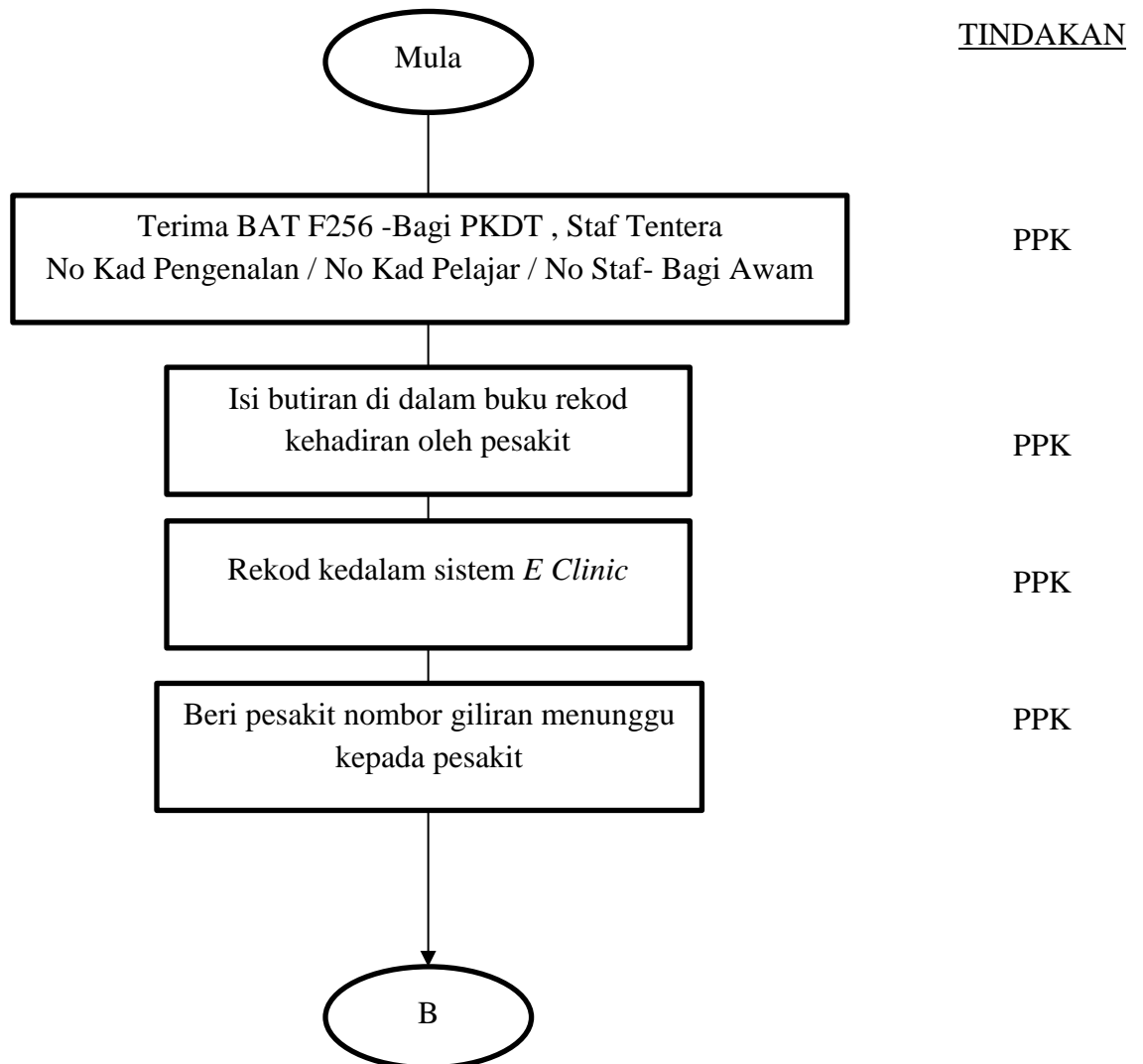
 UPNM	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN PESAKIT LUAR	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 01
		Tarikh : 12 APRIL 2019
		Mukasurat : 3/9

	2.	Rekod ke dalam system e-clinic
	3	Beri rawatan awal kepada kes-kes kecemasan di Bilik Pemerhatian dan hubungi PPP/PP dalam kadar segera.
	4.	Arah pesakit menunggu di tempat menunggu untuk mendapatkan rawatan oleh PP atau PPP.
	C. PEMERIKSAAN PESAKIT	
PPP/PP	1.	Ambil sejarah kesihatan, Lakukan pemeriksaan fizikal ke atas pesakit. Jika berlainan jantina, minta bantuan <i>chaperone</i> .
	2.	Arah pesakit ke Bilik Rawatan bagi kes pembedahan kecil, prosedur-prosedur am, <i>dressing</i> dan pengambilan darah/sampel air kencing
	3.	Arah pesakit mengisi borang keizinan pembedahan kecil (jika berkaitan), beri borang pemeriksaan makmal bagi kes ujian lanjut
	4.	Arah pesakit ke Bilik Pemerhatian bagi kes penerimaan suntikan, nebulizer, pemantauan kadar tekanan darah
	5.	Arah pesakit ke Unit Radiologi untuk ujian X Ray
	6.	Rekod laporan pemeriksaan serta keputusan ujian darah/air kencing dan keputusan X ray kedalam system e-clinic beserta diagnosis.
	7.	Beri pesakit Sijil Cuti Sakit(MC), Slip terima rawatan, ATTN C atau ATTN B jika diperlu. Serta rekod dalam sistem e-clinic.
	8.	Beri surat rujukan ke Hospital/Klinik Pakar jika berkaitan.
	9.	Rekod preskripsi ubatan, arah pesakit menunggu di tempat menunggu
	D. PEMBERIAN UBATAN	
PPF/PF	1.	Beri ubat kepada pesakit mengikut preskripsi yang telah diberikan oleh PP/PPP kepada pesakit.
	2.	Terang kepada pesakit cara-cara penggunaan ubatan
	3.	Cetak dan simpan Salinan preskripsi setelah selesai

 UPNM	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN PESAKIT LUAR	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 01
		Tarikh : 12 APRIL 2019
		Mukasurat : 4/9

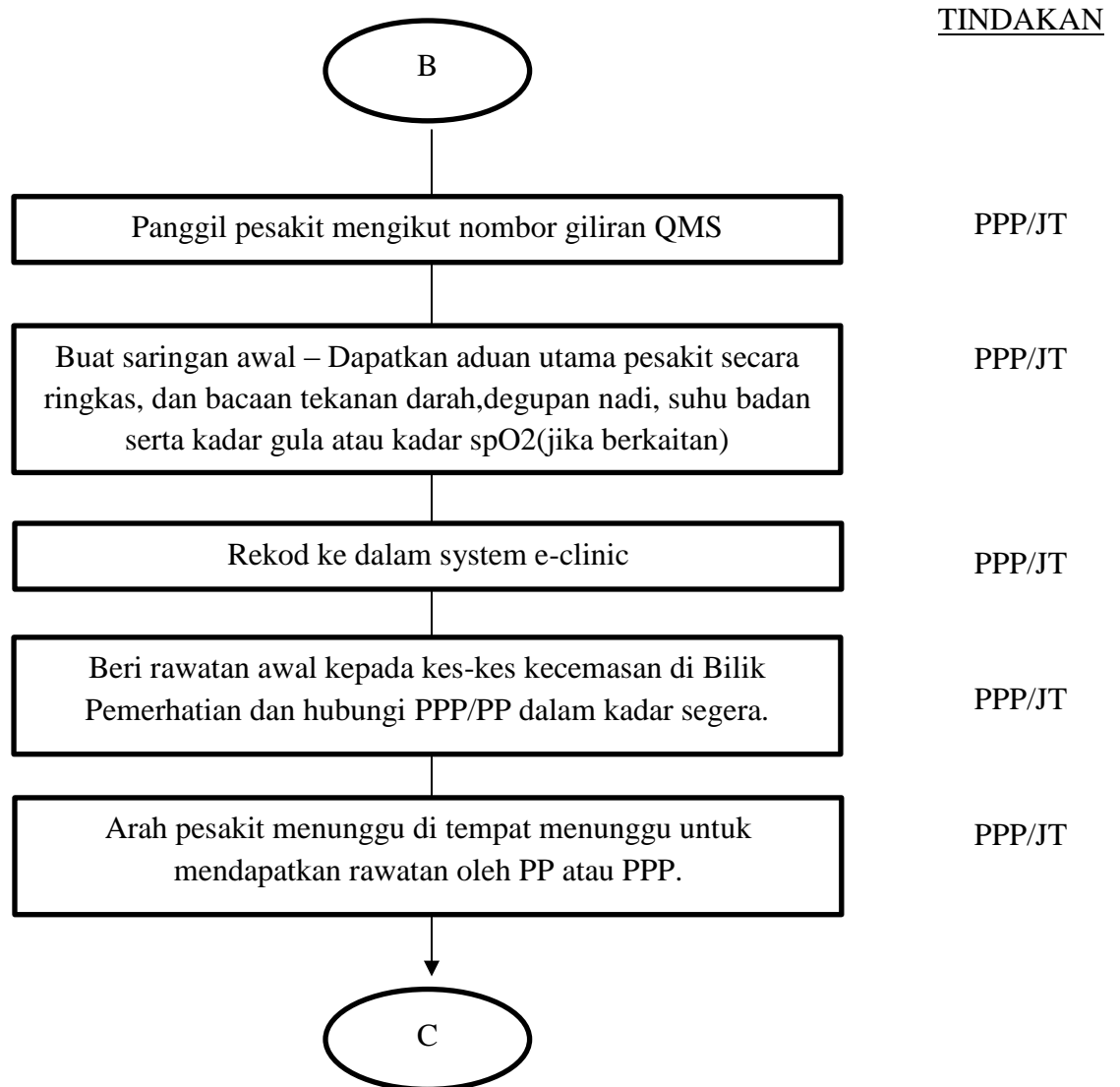
7.0. CARTA ALIR

A. PENDAFTARAN PESAKIT



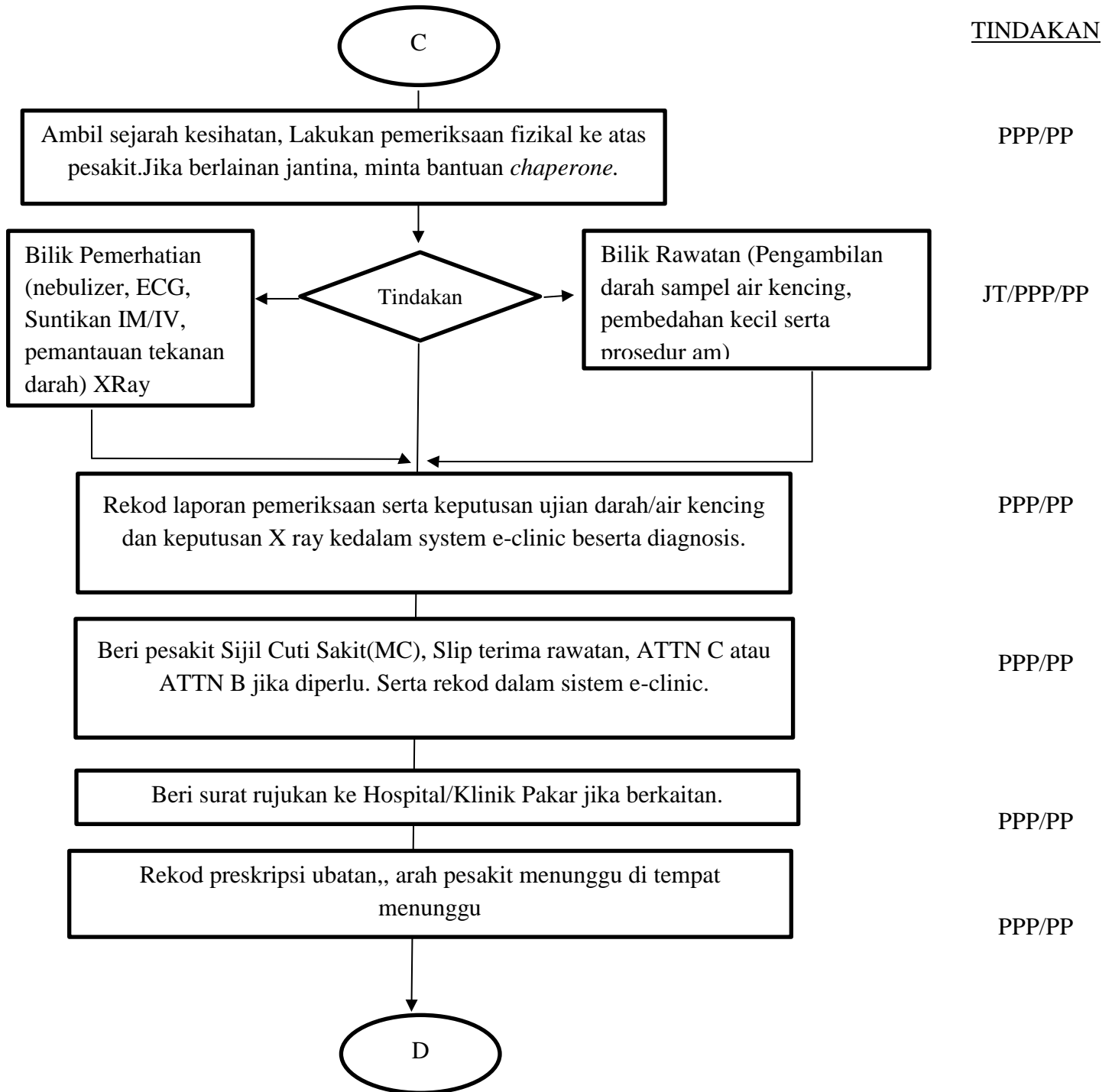
 UPNM	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN PESAKIT LUAR	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 01
		Tarikh : 12 APRIL 2019
		Mukasurat : 5/9

B. SARINGAN PESAKIT



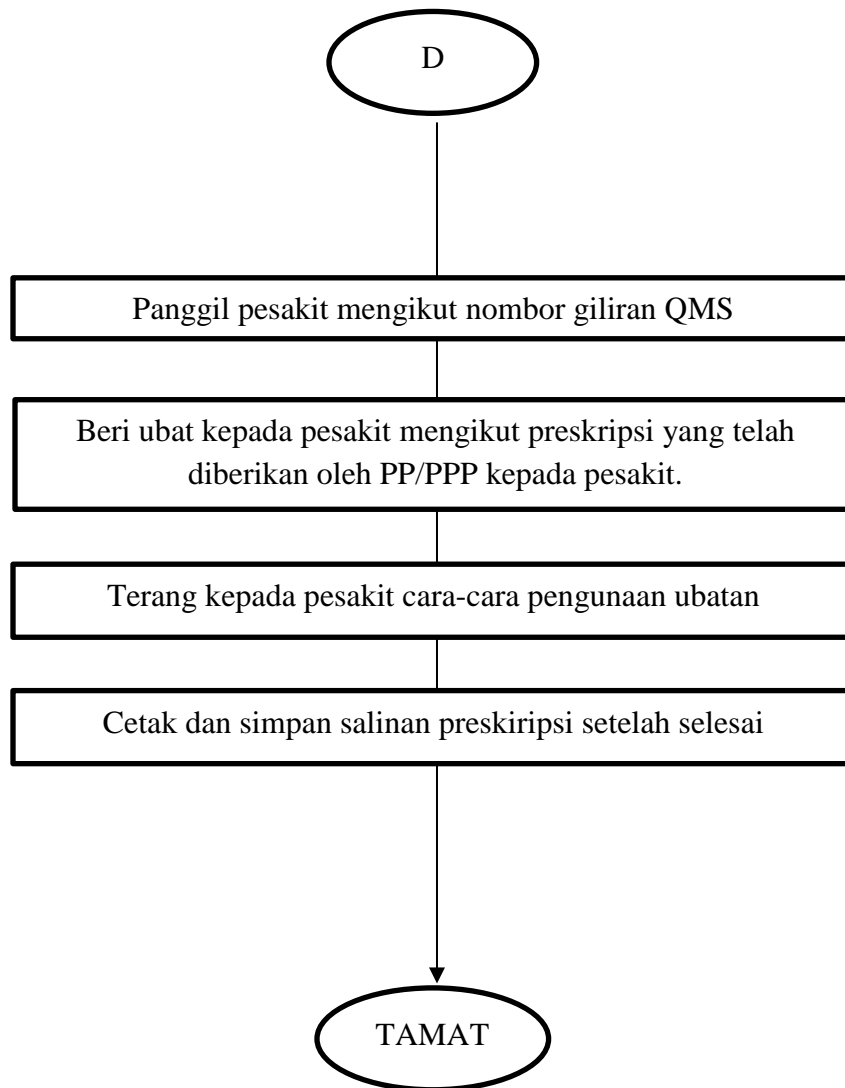
 UPNM	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN PESAKIT LUAR	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 01
		Tarikh : 12 APRIL 2019
		Mukasurat : 6/9

C. PEMERIKSAAN PESAKIT



 UPNM	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN PESAKIT LUAR	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 01
		Tarikh : 12 APRIL 2019
		Mukasurat : 7/9

D. PEMBERIAN UBATAN



 UPNM	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN PESAKIT LUAR	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 01
		Tarikh : 12 APRIL 2019
		Mukasurat : 8/9

8.0 REKOD KUALITI

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

 UPNM	ARAHAN KERJA PENGENDALIAN RAWATAN PESAKIT LUAR	No. Ruj. Dokumen : PK(O). UPNM. PK. 03 -AK1
		No. Keluaran : 02
		No. Pindaan : 01
		Tarikh : 12 APRIL 2019
		Mukasurat : 9/9

9.0 LAMPIRAN

BIL	No Dokumen	Tajuk
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.	BAT F4(B)	Fail Kesihatan Awam
7.	PK(O)PK0.10.1	Borang Lapor Sakit Staf Awam (Jika system E-clinic tergendala)
8.	PK(O)PK0.10.2	Fail Pesakit – Biru - Staf
9.	PK(O)PK0.10.3	Fail Pesakit- Merah- Keluarga
10.	PK(O)PK0.10.4	Fail Pesakit- Kuning-PALAPES
11.	PK(O)PK0.10.5	Sijil Perakuan Sakit
12.	PK(O)PK0.10.6	Sijil Perakuan masa Rawatan
13.	PK(O)PK0.10.7	Preskripsi Ubatan
14.	PK(O)PK0.10.8	Borang Keizinan Pembedahan Kecil
15.	PK(O)PK0.10.9	Borang Penialain Kes kecemasan (Ambulan Call)
16.	PK(O)PK0.10.10	Surat Rujukan ke Hospital/ Rawatan Pakar Perubatan
17.	PK(O)PK0.10.11	Memo Perihal Perubatan
18.	PK(O)PK0.10.12	Borang Pemeriksaan Makmal
19.	PK(O)PK0.10.13	Borang Pemeriksaan X Ray
20.	PK(O)PK0.10.14	Laporan Medical Coverage
21.	PK(O)PK0.10.15	Rawatan Fisioterapi

NO MATRIK : _____

NO PALAPES: _____



KEWAJIPAN, MARUAH, INTEGRITI

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA

FAIL PESAKIT (PELAJAR)

NAMA PELAJAR : _____

NO. KAD PENGENALAN : _____

FAKULTI / KURSUS : _____

ALAMAT ASRAMA : _____

NO. TELEFON : _____

NAMA WARIS : _____

NO. TELEFON WARIS : _____ HUBUNGAN : _____
(Sekiranya berlaku kecemasan)

ALAMAT WARIS : _____

ALAHAN UBATAN : _____
(Jika ada)



No. Siri : UPNM 6461

KEMAJLISAN MARUAH, INTEGRITI
PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA
KEM 30, BESI, 57000 KUALA LUMPUR
TEL: 03-90514482 / 4483

SIJIL CUTI SAKIT

Saya mengesahkan telah memerheka Tuan / Puan / Enok / Cik

dan menyatakan beliau /

ini tidak dapat bekerja / belajar selama hari

dari hingga

ini kerana sakitnya seperti pada

dan kerana membolehkan beliau / dia untuk mendapatkan rawatan pada

.....

.....
.....
.....

Tarikh

NO:1752



KEWAJIBAN, 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



UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA
National Defence University of Malaysia



MS ISO 9001 : 2008 NO KLR - 0500197

Pusat Kesihatan
Health Centre

Bangunan
Pusat Kesihatan UPNM

Kem Sungai Besi, 57000
Kuala Lumpur, Malaysia

Tel : 03-90513078/4485
Fax : 03-90513023

<http://www.upnm.edu.my>
pendaftar@upnm.edu.my

PK(O)PK0.10.10

BORANG RUJUKAN

NO. TENTERA :
NAMA PENUH :
UMUR :
TEMPAT PEMERIKSAAN : PUSAT KESIHATAN UPNM
TARIKH PEMERIKSAAN :
KEPADA :
DOKTOR YANG MERUJUK :



UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA
National Defence University of Malaysia

Pusat Kesihatan
Health Centre



Bangunan Pusat
Kesihatan,
UPNM

Kem Perdana Sungai Besi,
57000 Kuala Lumpur,
Malaysia

Tel: 03-9051 3400 samb. 3596 /
4483
Fax: 03-9058 1536

E-mel :
Laman Web : www.upnm.edu.my

PK(O)PK0.10.11

MEMORANDUM

Tarikh :

Perkara	
Kepada	SESIAPA YANG BERKENAAN
Daripada	

Tuan/Puan,



MEMO

PERKARA :

DARIPADA :

KEPADA :

SALINAN KEPADA :

TANDATANGAN :

TARIKH :

BORANG PEMERIKSAAN MAKMAL

Bahagian 1

NO.TENTERA/AWAM	PANGKAT	NAMA PENUH		
PASUKAN		UMUR	LELAKI/ PEREMPUAN	NO. PENDAFTARAN & TARIKH DITERIMA
HOSPITAL/RSAT/PUSAT PERUBATAN AT		WAD	TARIKH MASUK	
Tanda Kotak Berkenaan	Kerusi Roda <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.	

- Bakteriologi
- Biokimia
- EKG
- Haematologi
- Therapi Occupational
- Pathologi
- Fisiologi
- Virologi
- X-Ray

Pemeriksaan yang diperlukan

Kenyataan ringkas termasuk rawatan dan perkembangan

Tarikh :

.....
Tandatangan Pegawai Perubatan

No. Saiz dan Nombor Filem X-ray

Tandatangan Juruteknik



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

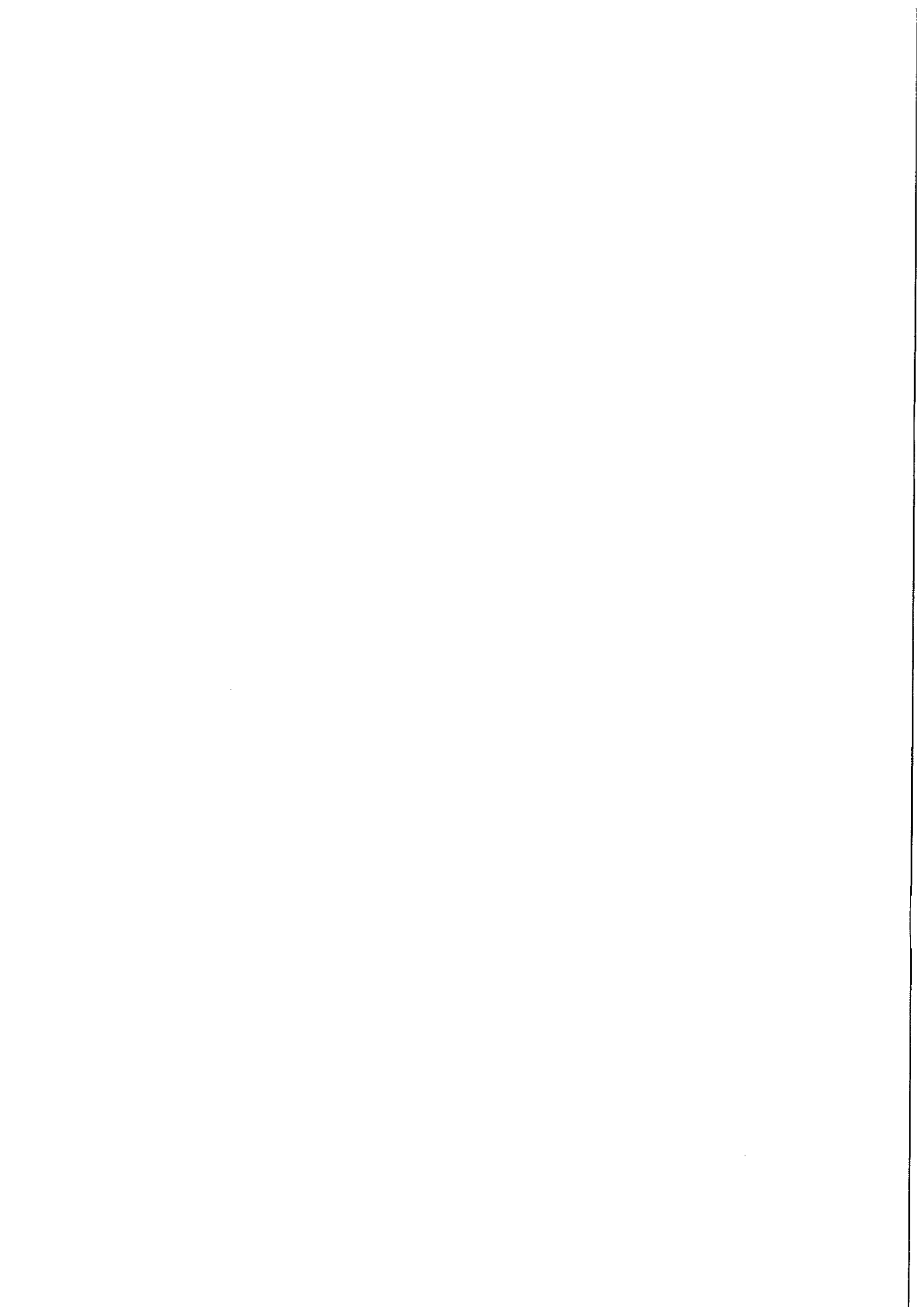
KEM SUNGAI BESI, 57000 KUALA LUMPUR
TEL: 03-9051 4483 / 4485



BORANG PERMOHONAN PEMERIKSAAN RADIOLOGI

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

PK. UPNM / RADIOLOGI



Laporan Medical Cover
PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA

Tarikh :
 Masa :
 Aktiviti/Sukan :
 Lokasi :
 Staf Terlibat : 1)
 2)
 3)

Ambulan : Ada/Tiada

Jumlah Kes Kecelakaan :

Kes yang dirujuk hospital :

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

Kes yang dirawat(prosedur/pembedahan kecil) :

Bil	Nama Pesakit	No staf/ Pelajar	Diagnosis	Prosedur
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				

Disediakan oleh :

Tandatangan dan Cop :

Medical Coverage Tahun _____

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA

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



UNIVERSITI PERTAHANAN
NASIONAL MALAYSIA

PUSAT KESIHATAN UPNM
PHYSIOTHERAPY
REFERRAL FORM

NAME :

STAFF/STUDENT NO :

DATE :

SEX :

DIAGNOSIS :

BRIEF HISTORY AND CLINICAL FINDINGS :

PRECAUTION & SPECIAL INSTRUCTION ANY :

GENERAL PHYSIOYHERAPY :

- Electrotherapy
- Electrical Stimulation
- Back Pain / Care
- Traction (Neck / Back)
- Stroke Rehabilitation
- Cyrotherapy
- 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

PERMINTAAN UNTUK PEMERIKSAAN KHAS

Bahagian 1

NO.TENTERA/AWAM	PANGKAT	NAMA PENUH		
PASUKAN		UMUR	LELAKI/ PEREMPUAN	NO. PENDAFTARAN & TARIKH DITERIMA
HOSPITAL/RSAT/PUSAT PERUBATAN AT		WAD	TARIKH MASUK	
Tanda Kotak Berkenaan	Kerusi Roda <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.	

- Bakteriologi
- Biokimia
- EKG
- Haematologi
- Therapi Occupational
- Pathologi
- Fisiologi
- Virologi
- X-Ray

Pemeriksaan yang diperlukan

Kenyataan ringkas termasuk rawatan dan perkembangan

Tarikh :

.....
Tandatangan Pegawai Perubatan

No. Saiz dan Nombor Filem X-ray

Tandatangan Juruteknik

No. Siri

Jenis-Jenis Penyiasatan

Tarikh

Tandatangan

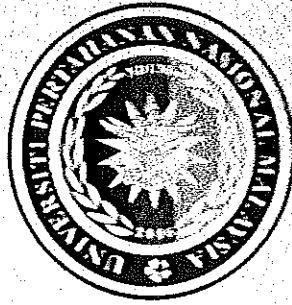
Jawatan



JABATAN PERKHIDMATAN PENGIMEJAN DIAGNOSTIK
BORANG PERMOHONAN PEMERIKSAAN RADIOLOGI
 (Sila Isi Dalam 2 Salinan)

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	
13. Pegawai Kerajaan [] Ya [] Tidak		14. Kelas	15. Bayaran [] Bayar [] Percuma		
16. Asma / Alergi:		17. Berat Badan	18. Mengandung [] Ya [] Tidak		28. Juru X-Ray
19. Keadaan Pesakit: [] Kerusi [] Trol [] Berjalan Kaki		20. [] Mudah Gerak		29. Faktor Dedahan	
21. PEMERIKSAAN [] X - RAY [] Ultrasound [] M.R.I [] Anglo [] C.T [] Lain-lain (Sila Nyatakan)				30. Ukuran dan Jumlah Filem	
Nyatakan Bahagian :				31. Waktu Selesai	
22. Data Klinikal: LMP :				32. Komen	
				33. Temujanji Tarikh : Masa :	
23. Laporan Radiologi:					
<p align="right">..... Nama T/Tangan & Cop Pakar / Peg Perubatan Tarikh :</p>					
<p align="right">..... Nama T/Tangan & Cop Pakar Radiologi Tarikh :</p>					

635541		PRESKRIPSI		BAT F 22 (Pind 2/2012)	
Pangkat:	Rx				
Nama:					
No. Tentera/KP:					
Sila tandakan Kategori I dan II yang berkaitan: Kategori I: Umum	<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:	Tandatangani & Cop Rasmi Tarikh				
PERKHIDMATAN KESIHATAN ANGKATAN TENTERA					



KEWAJIPAN, MARUAH, INTEGRITI

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI PERTAHANAN NASIONAL MALAYSIA

FAIL PESAKIT (STAF)

NAMA STAF :

NO. KAD PENGENALAN :

JABATAN :

JAWATAN :

ALAMAT RUMAH :

NO. TELEFON :

NAMA WARIS :

HUBUNGAN :

NO. TELEFON WARIS :

(Sekiranya berlaku kecemasan)

ALAHAN UBATAN :

(Jika ada)