

UNIVERSITI MALAYSIA PERLIS (UniMAP)
LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

ARAHAN :

1. **Anda WAJIB** membuat pemeriksaan perubatan termasuk X-Ray dada di **Pusat Kesihatan UniMAP (PKU)** semasa mendaftar diri di Universiti Malaysia Perlis. Tiada pemulangan bayaran jika anda melakukan Pemeriksaan Perubatan dan X-Ray dada di hospital atau klinik luar. PKU berhak untuk menjalankan pemeriksaan kesihatan ulangan sekiranya perlu.
2. Gunakan borang Laporan Pemeriksaan Kesihatan yang dilampirkan untuk menjalani pemeriksaan kesihatan.
3. Pengesahan status kesihatan anda oleh Pegawai Perubatan Universiti adalah salah satu syarat pendaftaran anda sebagai pelajar di UniMAP. Slip peperiksaan anda akan ditahan sekiranya anda gagal menghadiri pemeriksaan kesihatan di PKU.
4. Sila isikan borang Laporan Pemeriksaan Kesihatan di **Bahagian , Bahagian 3** dan **Bahagian 4** (No. 1.0 sehingga 4.0).
5. Perakuan Kebenaran Bius dan Pembedahan di Bahagian 2 perlu ditandatangani oleh bapa/ibu/penjaga bagi calon yang berumur 18 tahun ke bawah.
6. Laporan pemeriksaan kesihatan akan menjadi hak milik UniMAP dan anda tidak dibenarkan menuntut semula dokumen tersebut walaupun anda mengambil keputusan untuk menarik diri dari UniMAP.
7. Sekiranya perlu, PKU akan merujuk anda ke fasiliti kesihatan yang berdekatan, untuk mendapatkan rawatan susulan. Anda mungkin dikehendaki membiayai kos rawatan tertentu yang tidak ditanggung oleh UniMAP.

LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

Untuk dilengkapkan oleh pemohon dan diserahkan pada hari pendaftaran

BAHAGIAN 1

MAKLUMAT PENGAJIAN

1. SIDANG AKADEMIK : _____ / _____
2. SEMESTER : _____
3. PROGRAM PENGAJIAN : _____
4. KOD PROGRAM : _____

MAKLUMAT PELAJAR

1. NAMA PENUH : _____
2. NO. KAD PENGENALAN : _____ 3. TARIKH LAHIR : _____
4. NO. PASPORT : _____ 5. WARGANEGARA : _____
6. TARAF PERKAHWINAN : _____ 7. JANTINA : _____
8. NO. TEL. BIMBIT : _____ 9. E-MEL : _____

MAKLUMAT IBU / BAPA/ PENJAGA/ WARIS

1. NAMA : _____
2. HUBUNGAN : _____
3. NO. TEL. BIMBIT : _____
4. ALAMAT : _____

BAHAGIAN 2 PERAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAESTHESIA) DAN PEMBEDAHAN
Untuk calon berumur bawah 18 tahun sahaja

Pegawai Perubatan

UNIVERSITI MALAYSIA PERLIS

Saya _____

Nombor Kad Pengenalan _____ bapa / ibu / penjaga kepada

(Nama Calon) _____

Nombor Kad Pengenalan _____.

Dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang calon ini memerlukan rawatan bius (anesthesia) atau/dan pembedahan, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.

Saya tidak akan mendakwa atau mengambil sebarang tindakan terhadap UniMAP jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.

Yang benar

Tandatangan Bapa / Ibu / Penjaga

Nama Bapa / Ibu / Penjaga

Alamat

Nombor Telefon : _____

Tarikh : _____

LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

BAHAGIAN 3

Sila tandakan (/) dalam kotak berkenaan

PERAKUAN PERIHAL PENYAKIT SENDIRI DAN KELUARGA

Masalah Kesihatan	ANDA		KELUARGA		Jika Ya, sila nyatakan
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
1. Kongenital atau penyakit yang diwarisi					
2. Alergik					
3. Sakit Mental					
4. Sawan, Strok atau Penyakit Neurologi					
5. Diabetis Mellitus					
6. Darah Tinggi					
7. Jantung atau Penyakit Saluran Darah					
8. Asma					
9. Penyakit Tiroid					
10. Penyakit Buah Pinggang					
11. Kanser					
12. Tuberculosis					
13. Ketagihan Dadah					
14. HIV / AIDS					
15. Pembedahan					
16. Kecacatan Anggota					
17. Rabun Warna					
18. Penyakit lain, sila nyatakan					

PERAKUAN PERIHAL GAYA HIDUP

1. Adakah anda merokok	Tidak	Ya	Jika Ya, sila nyatakan
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____bilangan batang sehari
			_____tempoh (tahun)
2. Adakah anda mengambil ubat untuk jangka masa panjang	Tidak	Ya	Jika Ya, sila senaraikan ubat berkenaan
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberikan di atas adalah benar

Tandatangan

LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

BAHAGIAN 4

BORANG SARINGAN TUBERKULOSIS (TB)

Bahagian 1.0 sehingga 4.0 diisi oleh calon.

Bahagian 5.0 diisi oleh Peg. Perubatan yang memeriksa

1.0 Data Peribadi

1.1 Nama : _____

1.2 No.Kad Pengenalan : _____ - _____ - _____

1.3 Jantina Lelaki Perempuan

1.4 Bangsa Melayu Cina India Lain-lain

1.5 Alamat tempat tinggal sekarang : _____

1.6 No. Tel. Bimbit : _____

1.7 Status Staf Pelajar

1.8 Jabatan / Fakulti /Kursus : _____

2.0 Vaksinasi BCG Ya Tidak Jika ya, nyatakan tahun _____

3.0 Sejarah penyakit TB (diri sendiri) Ya Tidak Jika ya, nyatakan tahun _____

3.1 Hasil rawatan : * Sembuh / sempurna rawatan / terhenti rawatan / gagal rawatan

3.2 Sejarah kontak rapat dengan kes TB Ya Tidak

4.0 Adakah anda mempunyai gejala berikut dalam tempoh 2 minggu ini ?

	YA	TIDAK		YA	TIDAK
Batuk			Berpeluh malam		
Demam			Batuk berdarah		
Susut berat badan			Lain-lain		
Kurang selera makan					

5.0 X-Ray Dada (Jika perlu)

Tarikh	Keputusan X-Ray Dada	Berat Badan (kg)

Tandatangan & Cop Rasmi

Nama Peg. Perubatan :

No. Pendaftaran MPM :

Tarikh:

* potong mana yang tidak berkenaan

LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

BAHAGIAN 5

Diisi oleh Pegawai Perubatan yang memeriksa

1. PEMERIKSAAN UMUM

Tinggi / Height : _____m

Berat / Weight : _____kg

BMI : _____kg/m²

Tekanan Darah / Blood Pressure : _____mmHg

Nadi / Pulse rate : _____min

Pemeriksaan Mata / Vision Test

Unaided : (R) _____(L) _____

Aided : (R) _____(L) _____

Penglihatan Warna / Colour Vision

NORMAL / ABNORMAL

2. PEMERIKSAAN FIZIKAL

a. Pallor b. Cyanosis c. Oedema d. Jaundice

e. Lymph nodes f. Skin

3. PEMERIKSAAN SISTEMIK

ITEMS		NORMAL	ABNORMAL	COMMENT
a.	Mata / Eye (including funduscopy)			
b.	Telinga / Ear			
c.	Ruang Mulut / Oral cavity			
d.	Jantung / Heart			
e.	Sistem Respiratori / Respiratory System			
f.	Abdomen & Rongga Hernia / Abdomen and Hernia Orifices			
g.	Sistem Muskuloskeletal / Musculoskeletal System			
h.	Sistem Saraf / Nervous System			
i.	Kesihatan Mental / Mental Condition			
j.	Pemeriksaan Gigi / Dental Examination			
	i. Keadaan gigi / Dental status			
	ii. Gigi Palsu / Dentures			
k.	Lain-lain / Others _____			

LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

BAHAGIAN 6 PEMERIKSAAN MAKMAL

Pemeriksaan Air Kencing / *Urine Examination*

Gula / Sugar Albumin Microscopy _____

UJIAN-UJIAN LAIN

(sekiranya difikirkan perlu oleh pengamal perubatan berdaftar)

Sila lampirkan laporan ujian berkenaan bersama-sama borang pemeriksaan perubatan ini.

BAHAGIAN 7 PEMERIKSAAN X-RAY DADA (sekiranya perlu)

X-Ray No.	
Tarikh / Date	
Tempat / Venue	
Laporan / Report	

BAHAGIAN 8 PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN

(sila tandakan di dalam kotak yang berkenaan)

Saya mengesahkan bahawa hari ini saya telah memeriksa / *I certify that on this day I have examined*

No. K/P / I/C No. _____ dan mendapati bahawa / *and found that*

Beliau tidak menghidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat
The above name is in good health

Beliau menghidap
The above name has _____

Beliau sedang mendapat rawatan
The above name is undergoing treatment _____

Tandatangan Peg. Perubatan

Signature of Medical Officer

Nama Peg. Perubatan

Name of Medical Officer

Kelulusan dan Cop Rasmi Klinik

Qualification and clinic official stamp

Tarikh / Date :
