



LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN
REPORT OF HEALTH EXAMINATION

1. Sila baca arahan dengan teliti sebelum mengisi borang.
2. Sila isi borang dengan menggunakan huruf besar.
3. Sila kepilkan sekeping gambar berukuran passport yang terkini.
4. Semua pelajar diwajibkan melakukan pemeriksaan kesihatan sebelum mendaftar.
5. Pemeriksaan ini boleh dilakukan di:
 - a. Pusat Kesihatan Universiti, UKM Bangi
 - b. Klinik / Hospital Kerajaan
 - c. Klinik / Hospital Swasta
6. Pelajar di sekitar Lembah Klang digalakkan melakukan pemeriksaan kesihatan ini di Pusat Kesihatan Universiti.
7. Pusat Kesihatan Universiti menawarkan harga yang berpatutan untuk pemeriksaan ini.

JENIS PEMERIKSAAN	HARGA
PEMERIKSAAN FIZIKAL, X-RAY DADA DAN AIR KENCING	RM 60
PEMERIKSAAN FIZIKAL, X-RAY DADA, AIR KENCING, UJIAN DARAH DAN UJIAN DADAH	RM 170

8. Pelajar dikehendaki untuk memberikan maklumat kesihatan diri yang tepat dan benar.
9. Tertakluk dibawah **Skim Perkhidmatan Kesihatan Pelajar**, pelajar yang mempunyai masalah kesihatan atau menghidap apa-apa jenis penyakit adalah layak untuk mendaftar, tetapi kos rawatan penyakit tersebut tidak akan ditanggung oleh UKM.
10. Untuk sebarang pertanyaan, sila hubungi 03 8921 3666 / 03 8921 3554.

BORANG LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

BAHAGIAN 2

MAKLUMAT KESIHATAN PELAJAR

SILA TANDAKAN (√) DALAM KOTAK YANG BERKAITAN

	MASALAH KESIHATAN	YA	TIDAK	JIKA 'YA' SILA NYATAKAN/ IF 'YES' PLEASE STATE
1	LELAH / <i>ASTHMA</i>			
2	DARAH TINGGI / <i>HYPERTENSION</i>			
3	KENCING MANIS / <i>DIABETES</i>			
4	SAKIT JANTUNG / <i>HEART DISEASE</i>			
5	BATUK KERING / <i>TUBERCULOSIS (TB)</i>			
6	SAKIT BUAH PINGGANG / <i>KIDNEY DISEASE</i>			
7	SAWAN / <i>EPILEPSY (SEIZURE)</i>			
8	GANGGUAN MENTAL / <i>MENTAL ILLNESS</i>			
9	KELAINAN UPAYA (OKU) / <i>DISABILITY</i>			
10	ALAHAN / <i>ALLERGY</i>			
11	PENYAKIT KULIT / <i>SKIN DISEASES</i>			
12	KANSER / <i>CANCER</i>			
13	SEJARAH PEMBEDAHAN / <i>HISTORY OF SURGERY</i>			
14	PENGAMBILAN UBAT BERPANJANGAN / <i>LONG TERM MEDICATION</i>			
15	PENYALAHGUNAAN DADAH / <i>DRUG ABUSE</i>			
16	PENYALAHGUNAAN ALKOHOL / <i>ALCOHOL ABUSE</i>			
17	PEROKOK / <i>SMOKER</i>			
18	HEPATITIS B			
19	HEPATITIS C			
20	PENYAKIT KELAMIN / <i>SEXUALLY TRANSMITTED INFECTION</i>			
21	HIV / AIDS			
22	LAIN-LAIN / <i>OTHERS</i>			

Pengakuan dan kebenaran pemohon

Saya mengakui bahawa maklumat perubatan yang diberikan dalam Bahagian 2 adalah benar dan sekiranya maklumat ini **palsu** atau saya didapati **menyembunyikan** maklumat kesihatan saya, tindakan boleh dikenakan ke atas saya.

Saya dengan ini bersetuju untuk memberi kebenaran kepada pihak tuan bagi mengemukakan maklumat mengenai pemeriksaan kesihatan ini kepada Fakulti/Institut/Pusat yang berkenaan.

TANDATANGAN PELAJAR

TARIKH



UKM-SPKP-PKes-PK01-BO05

No. Semakan:02

Tarikh Kkuatkuasa:01/07/2017

BORANG LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

BAHAGIAN 3

UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA / *TO BE FILLED BY THE EXAMINING DOCTOR*
 SILA TANDAKAN (✓) DALAM KOTAK YANG BERKAITAN / *PLEASE TICK (✓) IN THE RELEVANT BOX*

A. PEMERIKSAAN UMUM / GENERAL EXAMINATION										
BERAT / <i>WEIGHT</i> : _____ KG					TINGGI / <i>HEIGHT</i> : _____ M					
TEKANAN DARAH / <i>BLOOD PRESSURE</i> : _____ MMHG					NADI / <i>PULSE RATE</i> : _____ / MIN					
INDEX JISIM TUBUH / <i>BMI</i> : _____ KG/M ²										
KURANG BERAT <i>UNDERWEIGHT</i> (< 18.5)		BIASA <i>NORMAL</i> (18.5 – 24.9)		LEBIH BERAT <i>OVERWEIGHT</i> (25 - 29.9)		OBES I <i>OBESE I</i> (30 – 34.9)		OBES II <i>OBESE II</i> (35 – 39.9)		OBES III <i>OBESE III</i> (> 40)
PEMERIKSAAN MATA			MATA KANAN / <i>RIGHT EYE</i>				MATA KIRI / <i>LEFT EYE</i>			
PENGLIHATAN TANPA KACAMATA / <i>UNAIDED VISION</i>										
PENGLIHATAN DENGAN KACAMATA / <i>AIDED VISION</i>										
PENGLIHATAN WARNA / <i>COLOUR VISION</i>			BIASA		LUAR BIASA		BIASA		LUAR BIASA	
FUNDOSCOPI / <i>FUNDUSCOPY</i>										

B. PEMERIKSAAN SISTEMIK / <i>SYSTEMIC EXAMINATION</i>			
SISTEM / <i>SYSTEM</i>	BIASA / <i>NORMAL</i>	LUAR BIASA / <i>ABNORMAL</i>	KOMEN / <i>COMMENT</i>
TELINGA / <i>EARS</i>			
HIDUNG / <i>NOSE</i>			
RONGGA MULUT & TEKAK / <i>ORAL CAVITY & THROAT</i>			
LEHER / <i>NECK</i>			
JANTUNG / <i>HEART</i>			
SISTEM RESPIRATORI / <i>RESPIRATORY SYSTEM</i>			
ABDOMEN & RONGGA HERNIA / <i>ABDOMEN & HERNIAL ORIFICES</i>			
SISTEM SARAF / <i>NERVOUS SYSTEM</i>			
KEADAAN MENTAL / <i>MENTAL CONDITION</i>			
SISTEM OTOT DAN KERANGKA / <i>MUSCULOSKELETAL SYSTEM</i>			

C. X-RAY DADA / <i>CHEST X-RAY</i>		
NOMBOR X-RAY		
TARIKH AMBIL / <i>DATE TAKEN</i>		
TEMPAT AMBIL / <i>PLACE TAKEN</i>		
LAPORAN / <i>REPORT</i>	BIASA / <i>NORMAL</i>	LUAR BIASA / <i>ABNORMAL</i> (SILA NYATAKAN)



UKM-SPKP-PKes-PK01-BO05

No. Semakan:02

Tarikh Kkuatkuasa:01/07/2017

BORANG LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN**D. PEMERIKSAAN AIR KENCING / URINE TEST**

UJIAN / TEST	KEPUTUSAN / RESULT	TARIKH AMBIL / DATE TAKEN	KOMEN / COMMENT
GULA / SUGAR			
ALBUMIN			
DARAH / BLOOD			

*Sila lampirkan laporan keputusan yang asli / Please attach the result's original report

E.

HANYA DIWAJIBKAN KEPADA PELAJAR PROGRAM PERUBATAN, PERGIGIAN DAN KEJURURAWATAN SAHAJA / COMPULSORY FOR STUDENTS FROM MEDICAL, DENTISTRY AND NURSING PROGRAMMES ONLY

UJIAN / TEST	TARIKH AMBIL / DATE TAKEN	KEPUTUSAN / RESULT
HEPATITIS B (ANTIGEN)		
HEPATITIS B (ANTIBODY)		
HEPATITIS C		
HIV Ag/Ab		
URINE CANNABIS		
URINE MORPHINE		
URINE AMPHETAMINE		

*Sila lampirkan laporan keputusan yang asli / Please attach the result's original report

BAHAGIAN 4**PENGESAHAN DOKTOR / CERTIFICATION BY DOCTOR**

Sila tandakan (✓) pada yang berkaitan / Please tick (✓) in the appropriate box

Saya mengesahkan bahawa pada hari ini saya telah memeriksa / I hereby certify that today I have examined

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

<input type="checkbox"/>	Beliau tidak menghadapi apa-apa penyakit dan disahkan sihat. / the above named is in good health.
<input type="checkbox"/>	Beliau menghadapi / the above named has _____

TARIKH / DATE

Tandatangan doktor / Signature of doctor: _____

Nama doktor / Name of doctor : _____
Kelulusan dan cop rasmi klinik /

Qualification and official stamp of clinic : _____



UKM-SPKP-PKes-PK01-BO05

No. Semakan:02

Tarikh Kkuatkuasa:01/07/2017

BORANG LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN**PERAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAESTHESIA) DAN PEMBEDAHAN
AUTHORISATION FOR ANAESTHESIA AND SURGICAL PROSEDURE**

Pegawai Perubatan
Medical Officer

Pusat Kesihatan Universiti,
Universiti Kebangsaan Malaysia

(Ruang ini hanya di isi oleh penjaga jika pelajar berumur 18 tahun ke bawah sahaja)
This area is to be filled by guardian if student is below 18 years old

Saya _____ No. Kad pengenalan _____
I I/C no.

Bapa/Ibu/Penjaga kepada _____
Father/mother/guardian to (Nama calon/Candidate's name)

No. Kad pengenalan/Pasport _____
I/C no.

Saya _____ No. Kad pengenalan _____
(Nama calon/Candidate' name) I/C no.

Dengan ini memberi kuasa kepada pegawai perubatan universiti untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika calon ini memerlukan rawatan bius (anaesthesia) atau/dan pembedahan dalam keadaan kecemasan.

I hereby authorise the university's medical officer to sign on my behalf as an approval to administer anaesthesia or/and carry out a surgical procedure on the applicant in the event of an emergency.

Saya tidak akan mengambil sebarang tindakan ke atas Universiti Kebangsaan Malaysia dan membebaskan Universiti ini dari sebarang tuntutan sama ada dari pihak saya atau pihak lain jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.

I will absolve Universiti Kebangsaan Malaysia of any claims from myself or any other parties for any unfavourable consequences which may arise from the said procedure.

Yang benar,
Yours faithfully,

Tarikh / Date

()
