

BORANG LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN**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 pasport 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 DAN UJIAN AIR KENCING	RM 35
PEMERIKSAAN FIZIKAL, UJIAN AIR KENCING, UJIAN DARAH DAN UJIAN DADAH	RM 145

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 5115 / 03 8921 3666 .

BORANG LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN



LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

REPORT OF HEALTH EXAMINATION

Untuk diisi oleh calon

BAHAGIAN 1

SILA ISI DALAM HURUF BESAR

TAHUN AKADEMIK

--	--	--	--

--	--	--	--

PUSAT/FAKULTI/INSTITUT

[illegible]

NO PENDAFTARAN

--	--	--	--	--	--	--	--

NAMA PENUH

[illegible]

NO. KAD PENGENALAN

[illegible]

NO. TELEFON BIMBIT

[illegible]

TARIKH LAHIR (HH/BB/TTTT)

--	--	--	--	--	--	--	--

UMUR

--	--

JANTINA

LELAKI
PEREMPUAN

STATUS PERKAHWINAN

BUJANG
BERKAHWIN

NAMA WARIS

[illegible]

ALAMAT WARIS

[illegible]

NO. TELEFON WARIS

[illegible]

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

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

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. PEMERIKSAAN AIR KENCING / <i>URINE TEST</i>			
UJIAN / <i>TEST</i>	KEPUTUSAN / <i>RESULT</i>	TARIKH AMBIL / <i>DATE TAKEN</i>	KOMEN / <i>COMMENT</i>
GULA / <i>SUGAR</i>			
ALBUMIN			
DARAH / <i>BLOOD</i>			

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

BORANG LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

D.

HANYA DIWAJIBKAN KEPADA PELAJAR FAKULTI PERUBATAN, FAKULTI PERGIGIAN SERTA PROGRAM KEJURURAWATAN SAHAJA / *COMPULSORY FOR FACULTY OF MEDICINE, FACULTY OF DENTISTRY AND NURSING PROGRAMME STUDENTS 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:*

☐
☐

Beliau tidak menghadapi apa-apa penyakit dan disahkan sihat. / *the above named is in good health.*

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 : _____

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*

(_____)
