

**LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN UNTUK MENGIKUTI PROGRAM
KOLEJ PERMATApintar™, UKM**

*Pelajar hendaklah mengisi borang ini dan menyerahkannya kepada Pegawai Perubatan ketika membuat pemeriksaan kesihatan di **Hospital/Klinik (KERAJAAN ATAU SWASTA)**. Pelajar adalah bertanggungjawab untuk memberikan keterangan-keterangan yang betul dalam laporan ini. Sekiranya pelajar dengan sengaja tidak memberikan keterangan yang betul, tawaran bagi mengikuti program Kolej PERMATApintar™, UKM boleh dibatalkan/ditarik balik.*

Nama Penuh : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh Lahir : _____ Umur : _____

(Ruangan ini perlu diisi oleh calon)

Adakah anda menghidap:

Ya/Tidak

- | | | |
|----|--|-------|
| a) | Air ludah berdarah, lelah, sakit menyucuk (pleurisy), atau apa-apa penyakit? | _____ |
| b) | Sengal-sengal, bengkak kaki, pitam atau burut? | _____ |
| c) | Sakit saraf, mereng atau gila babi | _____ |
| d) | Penyakit yang lain atau kecederaan diri yang mudarat? | _____ |

Adakah pernah anda diperiksa oleh Lembaga Perubatan? Jika ada sila beri butir-butirnya. _____

Saya dengan ini mengaku bahawa jawapan-jawapan di atas adalah benar dan lengkap.

Tarikh : _____ Tandatangan : _____

INGATAN: Jika tuan/puan pernah memakai cermin mata bagi sebarang kegunaan, tuan/puan hendaklah membawanya bersama-sama untuk diperiksa oleh Pegawai Perubatan.

PEMERIKSAAN KESIHATAN (Diisi oleh Pegawai Perubatan)

Pegawai-pegawai Perubatan diminta memeriksa pelajar secara menyeluruh dan menyiapkan laporan di bawah ini:

-
- | | | | |
|----|----|--|------------|
| 1. | a) | Adakah tuan kenal pelajar ini: | (Ya/Tidak) |
| | b) | Adakah pernah tuan mengubatinya?
Jika pernah apa penyakitnya? | (Ya/Tidak) |
| | c) | Tinggi calon | _____ |
| | d) | Berat calon | _____ |

2. PEMERIKSAAN MATA

- | | | | |
|----|---|---------------------|------------------------------|
| a) | Penglihatan (tiada memakai cermin mata) | M. Kiri
M. Kanan | (Baik/Tidak)
(Baik/Tidak) |
| b) | Penglihatan (memakai cermin mata) | M. Kiri
M. Kanan | (Baik/Tidak)
(Baik/Tidak) |
| c) | Periksa Bahagian dalam Mata (jika perlu) | M. Kiri
M. Kanan | (Baik/Tidak)
(Baik/Tidak) |

3. PEMERIKSAAN TELINGA

- | | | |
|----|--|--------------|
| a) | Adakah telinganya bernanah ataupun keluar nanah? | (Ya/Tidak) |
| b) | Keadaan anak telinga | (Baik/Tidak) |
| c) | Keadaan Pendengaran | (Baik/Tidak) |

4. PEMERIKSAAN GIGI

- | | | |
|----|--------------|--------------|
| a) | Keadaan gigi | (Baik/Tidak) |
|----|--------------|--------------|

5. PEMERIKSAAN DADA

- | | | |
|----|---|------------|
| a) | Adakah sifatnya yang luar biasa? | (Ya/Tidak) |
| b) | Bila tarik nafas adakah buku dadanya elok sebagaimana yang lazim? | (Ya/Tidak) |
| c) | Samakah besar kedua-dua belahnya? | (Ya/Tidak) |

- d) Bunyi ketukan (Percussion) (Normal/Tidak)
 - e) Bunyi jantung, paru-paru dan lain-lainnya (Auscultation) (Normal/Tidak)
 - f) Penyata gambar x-ray (Normal/Tidak)
-

7. KEADAAN JANTUNG

- a) Rentaknya (Rhythm) (Normal/Tidak)
 - b) Bunyi di sebelah atas jantung (Normal/Tidak)
 - c) Tempat berbunyi sebelah atas jantung (Normal/Tidak)
 - d) Adakah berubah besarnya? (Ya/Tidak)
 - e) Adakah apa-apa bunyi mendenyut di dalamnya? (Ya/Tidak)
 - f) Ujian tahan bersenam(jika perlu) (Normal/Tidak)
-

8. NADI

- a) Berapa kadarnya _____
 - b) Denyutnya (Normal/Tidak)
 - c) Apa-apa tanda perubahan urat nadi (Ya/Tidak)
-

9. TEKANAN DARAH

- (a) Masa jantung itu kuncup (Systolic) _____
 - (b) Masa jantung itu kembang (Diastolic) _____
-

10. ADAKAH KEMBANG

- a) Hati (Ya/Tidak)
- b) Kura-kura (Ya/Tidak)
- c) Adakah apa-apa bengkak yang luar biasa dalam perut? (Ya/Tidak)

11. PERIKSA AIR KENCING

- | | | |
|----|---------|-------------------|
| a) | Dadah | (Negatif/Positif) |
| b) | Albumin | (Negatif/Positif) |
| c) | Gula | (Negatif/Positif) |
| d) | Acetone | (Negatif/Positif) |

12. PERIKSA URAT-URAT SARAF

- | | | |
|----|--|----------------|
| a) | Keadaan sentak lutut | (Normal/Tidak) |
| b) | Keadaan sentak buku lali | (Normal/Tidak) |
| c) | Keadaan sentak tapak kaki | (Normal/Tidak) |
| d) | Adakah sama besar anak matanya? | (Normal/Tidak) |
| e) | Bolehkah anak matanya melihat cahaya? | (Normal/Tidak) |
| f) | Bolehkah anak matanya melihat benda yang dekat dan jauh? | (Normal/Tidak) |
| g) | Adakah hilang apa-apa pancaindera? | (Normal/Tidak) |

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa:

(Nama pelajar _____ No. K/P _____)

dan saya dapati beliau *sesuai / tidak sesuai untuk mengikuti program Kolej PERMATApintar™, UKM dan tinggal di asrama serta boleh mengikuti sebarang aktiviti ko-kurikulum yang dijalankan.

**Potong mana yang tidak berkenaan*

Tandatangan : _____

Nama : _____

Kelayakan: _____

Jawatan : _____

(BORANG LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN INI HENDAKLAH DIKEPILKAN BERSAMA X-RAY DAN DIBAWA KETIKA MELAPOR DIRI)