



**PEKELILING PENTADBIRAN
BILANGAN 38 TAHUN 2013**

**PEMERIKSAAN KESIHATAN
BAGI MAKSUD PELANTIKAN
KE UNIVERSITI TEKNIKAL MALAYSIA MELAKA**

Pejabat Pendaftar
27 September 2013

Disalinkan kepada:

Naib Canselor
Timbalan Naib Canselor (Akademik dan Antarabangsa)
Timbalan Naib Canselor (Penyelidikan dan Inovasi)
Timbalan Naib Canselor (Hal Ehwal Pelajar dan Alumni)
Pegawai-Pegawai Kanan

UNIVERSITI TEKNIKAL MALAYSIA MELAKA

UTeM.02.05.03/100-3/2/1 Jld. 3 (38)

27 SEPTEMBER 2013

PEKELILING PENTADBIRAN BIL. 38/2013

PEMERIKSAAN KESIHATAN BAGI MAKSUD PELANTIKAN KE UNIVERSITI TEKNIKAL MALAYSIA MELAKA

1.0 TUJUAN

1.1 Pekeliling ini bertujuan untuk memaklumkan kepada semua staf Universiti Teknikal Malaysia Melaka (UTeM) mengenai keputusan pihak Universiti atas perakuan Mesyuarat Lembaga Pengarah Bil 4/2013 yang bersidang pada 9 September 2013 telah bersetuju untuk **menerima pakai Pekeliling Perkhidmatan JPA Bil. 1/2013** berhubung Pemeriksaan Kesihatan Bagi Maksud Pelantikan Ke Dalam Perkhidmatan Awam bagi dikuatkuasakan pelaksanaannya di Universiti Teknikal Malaysia Melaka (UTeM).

1.2 Pekeliling ini bertujuan memberi panduan mengenai pelaksanaan pemeriksaan kesihatan bagi maksud pelantikan ke dalam perkhidmatan Universiti supaya pelaksanaannya lebih teratur.

2.0 LATARBELAKANG

2.1 Peraturan mengenai pemeriksaan kesihatan kepada calon yang dilantik ke dalam perkhidmatan awam dijelaskan dalam peraturan 20(1)(a), Peraturan-Peraturan Pegawai Awam (Pelantikan, Kenaikan Pangkat dan Penamatan Perkhidmatan) 2012. Berdasarkan peraturan tersebut, setiap calon yang akan dilantik ke dalam perkhidmatan awam hendaklah disyaratkan untuk diperiksa dan diperakui sihat untuk berkhidmat oleh pengamal perubatan berdaftar.

2.2 Pada masa ini, pelaksanaan urusan pemeriksaan kesihatan adalah berdasarkan borang pemeriksaan perubatan yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia (Am 402-Pin.4/87) berdasarkan ketetapan dalam **Ruangan 2, Bilangan 1, Jadual B, Pekeliling Perkhidmatan**

Bilangan 4 Tahun 2012– Pelaksanaan Urusan Perkhidmatan Pegawai Perkhidmatan Awam Persekutuan Di Bawah Sistem Saraan Malaysia.

3.0 DASAR PEMERIKSAAN KESIHATAN

3.1 Dasar pemeriksaan kesihatan adalah seperti berikut:

- (a) calon yang akan dilantik ke dalam perkhidmatan Universiti hendaklah menjalani pemeriksaan kesihatan dan diperakui sihat untuk berkhidmat;
- (b) pegawai yang telah menjalani pemeriksaan kesihatan semasa di jawatan terdahulu perlu menjalani semula pemeriksaan kesihatan sekiranya dikehendaki oleh pihak Universiti apabila dilantik ke jawatan baharu;
- (c) bagi maksud subperenggan 3.1(a) dan 3.1(b), pemeriksaan kesihatan hendaklah dilaksanakan oleh pengamal perubatan berdaftar;
- (d) pemeriksaan kesihatan hendaklah dibuat **selepas** calon/pegawai menerima surat tawaran pelantikan dan laporan pemeriksaan kesihatan **perlu** dikemukakan kepada pihak Universiti **pada tarikh melapor diri bertugas kecuali bagi skim perkhidmatan yang mengehendaki calon/pegawai menjalani pemeriksaan kesihatan terlebih dahulu**;
- (e) sekiranya calon tidak dapat mengemukakan laporan pemeriksaan kesihatan pada tarikh melapor diri bertugas yang diarahkan, pihak Universiti **tidak boleh** menerima pegawai melapor diri bertugas. Sebaliknya, calon perlu menjalani pemeriksaan kesihatan dan mengemukakan laporan tersebut semasa melapor diri bertugas dalam tempoh yang ditetapkan oleh Universiti;
- (f) sekiranya pihak Universiti mengehendaki pegawai sedang berkhidmat menjalani semula pemeriksaan kesihatan apabila dilantik di jawatan baharu dan laporan pemeriksaan kesihatan tidak dapat

dikemukakan pada tarikh melapor diri yang diarahkan, pegawai hendaklah memohon **penangguhan melapor diri baharu** kepada Universiti. Sekiranya pegawai diperakui oleh pengamal perubatan berdaftar mengalami masalah kesihatan, pegawai hendaklah merujuk kepada pihak Universiti untuk mendapatkan nasihat mengenai pelantikannya;

- (g) Pihak Universiti **boleh membatalkan** tawaran pelantikan jika calon/pegawai diperakui mengalami masalah kesihatan oleh pengamal perubatan berdaftar; dan
- (h) kos pemeriksaan kesihatan adalah ditanggung sepenuhnya oleh calon/pegawai **melainkan** pemeriksaan yang dibuat di hospital/klinik Kerajaan.

3.2 Walaupun seseorang pegawai sedang berkhidmat telah mematuhi syarat **di perenggan 3.1**, pihak Universiti **boleh** mengarahkan pegawai untuk menjalani semula pemeriksaan kesihatan atau mengemukakan maklumat kesihatan yang telah disahkan oleh pengamal perubatan berdaftar apabila terdapat keperluan untuk mengetahui status kesihatan pegawai supaya dapat dinasihati mengenai perkhidmatannya.

4.0 PELAKSANAAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

4.1 Pemeriksaan kesihatan bagi calon/pegawai yang dilantik ke dalam perkhidmatan Universiti adalah seperti berikut:

- (a) calon/pegawai hendaklah membuat pemeriksaan kesihatan sebaik sahaja menerima tawaran pelantikan daripada pihak Universiti dengan menggunakan borang pemeriksaan perubatan seperti di **Lampiran A**;
- (b) calon/pegawai hendaklah mengemukakan laporan pemeriksaan kesihatan semasa melapor diri bertugas. Pihak Universiti **tidak boleh** menerima calon/pegawai melapor diri bertugas sekiranya

calon/pegawai gagal mengemukakan laporan tersebut semasa melapor diri bertugas;

- (c) Ketua Jabatan mengemukakan maklumat pelantikan dan laporan pemeriksaan kesihatan serta memaklumkan kepada pihak Universiti sekiranya calon/pegawai mengalami masalah kesihatan;
- (d) pihak Universiti meneliti laporan pemeriksaan kesihatan dan memaklumkan keputusan pembatalan tawaran pelantikan kepada calon/pegawai melalui Ketua Jabatan sekiranya calon/pegawai mengalami masalah kesihatan dan tidak sesuai untuk berkhidmat; dan
- (e) Pihak Universiti membuat bayaran emolumen bagi apa-apa tempoh calon/pegawai berkhidmat.

4.2 Bagi pegawai yang sedang berkhidmat yang dikehendaki untuk menjalani semula pemeriksaan kesihatan atau mengemukakan maklumat kesihatan yang telah disahkan oleh pengamal perubatan berdaftar kepada pihak Universiti, pegawai hendaklah menggunakan borang pemeriksaan perubatan seperti di **Lampiran B**.

4.3 Pekeliling ini hendaklah dibaca bersama dengan **Pekeliling Perkhidmatan Bil. 1/2013**. Salinan pekeling tersebut boleh dirujuk di laman web Jabatan Perkhidmatan Awam Malaysia (JPA) di alamat www.jpa.gov.my .

5.0 PEMBATALAN

Dengan berkuat kuasanya Pekeliling Pentadbiran ini Ruangan 2, Bilangan 1, Jadual B, Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 4/2012 adalah dibatalkan.

6.0 TARIKH KUAT KUASA

Tarikh Pekeliling Pentadbiran ini berkuat kuasa ialah **1 Mei 2013**.

Sekian, terima kasih.

“KOMPETENSI TERAS KEGEMILANGAN”

Saya yang menurut perintah,

A handwritten signature in dark ink, appearing to read 'Hasan', with a stylized flourish at the end.

DATUK HASAN BIN SIRUN

Pendaftar

Universiti Teknikal Malaysia Melaka

/ukp

**BORANG PERMOHONAN PEMERIKSAAN PERUBATAN UNTUK
PELANTIKAN KE UNIVERSITI TEKNIKAL MALAYSIA MELAKA**

Pemohon hendaklah mengisi maklumat di **Bahagian A, B dan C** dan menyerahkan Borang ini **berserta surat tawaran pelantikan** kepada pengamal perubatan berdaftar sebelum pemeriksaan perubatan dibuat.

Untuk tujuan pemeriksaan, pemohon hendaklah membawa kaca mata (jika pernah memakainya) dan laporan Lembaga Perubatan (jika ada).

A. BIODATA

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

Nama Penuh : _____

Jawatan Yang Ditawarkan : _____

Alamat: _____

No. Kad Pengenalan/ Tentera/ Polis/ Pasport:

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

Umur:

--	--

 tahun

Jantina:

--

 Lelaki

--

 Perempuan Warganegara:

--

 Malaysia

--

 Lain-Lain (Nyatakan) _____

Agama:

--

 Islam

--

 Buddha

--

 Hindu

--

 Kristian

--

 Lain-Lain (Nyatakan) _____

Bangsa:

--

 Melayu

--

 Cina

--

 India

--

 Lain-Lain (Nyatakan) _____

Status Perkahwinan:

--

 Bujang

--

 Berkahwin

--

 Pernah Berkahwin

Kumpulan Darah: (jika diketahui) _____ No. Telefon:

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

Maklumat waris:

Nama :

Hubungan:

Alamat :

No. Telefon :

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

B. MAKLUMAT KESIHATAN PEMOHON

[Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar. Sila tandakan (/) di ruangan berkaitan]

(1) Adakah anda menghidap/ pernah mengalami masalah kesihatan berikut:

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
1	Kecederaan serius (<i>Serious injury</i>)				
2	Alahan (ubat/ makanan/ kontak) (<i>Allergic reaction to medicine/ food / contact</i>)				
3	Lelah / Asma (<i>Asthma</i>)				
4	Darah Tinggi (<i>Hypertension</i>)				
5	Kencing Manis (<i>Diabetes</i>)				
6	Sakit Jantung/dada (<i>Chest pain</i>)				
7	Gangguan Mental / Sakit Jiwa (<i>Mental Illness</i>)				
8	Kemurungan (<i>Depression</i>)				
9	Sakit kepala (<i>Headache</i>)				
10	Sawan (<i>Epilepsy</i>)				
11	HIV (<i>Human Immunodeficiency Virus</i>)				
12	Penyakit kelamin (<i>Sexually Transmitted Infections</i>)				
13	Sakit Kuning (<i>Hepatitis</i>)				

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
14	Kanser (<i>Cancer</i>)				
15	Gastrik (<i>Gastritis</i>)				
16	Ketagihan Dadah (<i>Drug addiction</i>)				
17	Ketagihan Alkohol (<i>Alcohol addiction</i>)				
18	Merokok (<i>Smoking</i>)				
19	Kecacatan anggota (<i>Physical handicap</i>)				
20	Angin Pasang (<i>Hernia</i>)				
21	Buah Pinggang (<i>Kidney disease</i>)				
22	Ketulan di payudara (<i>Breast lump</i>)				
23	Tibi / Batuk berpanjangan melebihi 2 minggu (<i>Cough >2 weeks</i>)				
24	Masalah Penglihatan/ Pendengaran (<i>Vision/ hearing problem</i>)				
25	Histeria (<i>Hysteria</i>)				
26	Pitam (<i>Blackout</i>)				
27	Senggugut (<i>Dysmenorrhoea</i>)				
28	Kahak berdarah (<i>Blood stained sputum</i>)				

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
29	Pernahkah anda menerima rawatan tradisional untuk gangguan mental? (<i>Have you received any traditional treatment for mental illness</i>)				
30	Kecederaan kepala yang serius (<i>Serious head injury</i>)				
31	Pernahkah anda cuba untuk membunuh diri (<i>Attempted suicide</i>)				
32	Sejarah Pembedahan (<i>History of operations</i>)				
33	Lain – lain (Sila Nyatakan) (<i>Others, please specify</i>)				
Diisi Oleh Pemohon Agensi Penguatkuasaan Maritim Malaysia Sahaja					
34	Urat Kaki Bersimpul (<i>Varicose Vein</i>)				
35	Tapak Kaki Rata (<i>Flat Footed</i>)				
36	Buasir (<i>Piles</i>)				
37	Sakit Sendi (<i>Joint pain</i>)				

(2) Adakah anda pada masa ini sedang dirawat oleh pengamal perubatan berdaftar untuk apa-apa jenis penyakit atau kecederaan?

☐ Ya ☐ Tidak Catatan :

(3) Adakah keluarga anda yang terdekat pernah menghidap apa-apa penyakit keturunan?

☐ Ya ☐ Tidak Catatan :

(4) Adakah anda sedang mengandung? (bagi pemohon perempuan)

☐ Ya ☐ Tidak Catatan :

C. PENGAKUAN DAN KEBENARAN

(Diisi sebelum berjumpa pengamal perubatan berdaftar)

Pengakuan dan Kebenaran Pemohon

Saya mengakui bahawa maklumat perubatan yang diberikan di **Bahagian B** adalah **BENAR** dan sekiranya maklumat itu **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 perubatan ini kepada pihak berkuasa/ jabatan yang berkenaan.

Tandatangan Pemohon : _____

Nama Pemohon : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh : _____

Pengakuan Saksi *

Saya dengan ini mengesahkan maklumat kesihatan di **Bahagian B** dibuat oleh pemohon dan tandatangan di **Bahagian C** adalah tandatangan pemohon.

Tandatangan Saksi* : _____

Nama Saksi* : _____

No. Kad Pengenalan : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi Jawatan : _____

* Pegawai dalam Kumpulan Pengurusan dan Profesional dan ke atas dalam Perkhidmatan Awam sahaja.

D. PEMERIKSAAN FIZIKAL

(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

Tinggi _____ meter Berat _____ kg Indeks Jisim _____ kg/m²
(Height): (Weight): (BMI):

Tekanan Darah _____ mmHg Pemeriksaan Nadi _____ /minut
(Blood Pressure): Sistolik (Pulse Rate):
_____ mmHg
Diastolik

Keadaan Keseluruhan

(General Condition): _____

(1) PEMERIKSAAN MATA (EYE)

(i) Penglihatan (Vision):

Mata Kanan (Right Eye)		Mata Kiri (Left Eye)	
Dengan Kaca Mata (With glasses)	6/_	Dengan Kaca Mata (With glasses)	6/_
Tanpa Kaca Mata (Without glasses)	6/_	Tanpa Kaca Mata (Without glasses)	6/_

(ii) Penglihatan warna (Colour vision):

☐

Biasa
(Normal)

☐

Luar Biasa
(Abnormal)

(iii) Juling (Squint):

☐

Ada
(Present)

☐

Tiada
(Absent)

(2) PEMERIKSAAN TELINGA/ PENDENGARAN (EAR/ HEARING)

(i) Pemeriksaan fizikal (Physical examination):

Kanan
(Right)

☐

Biasa
(Normal)

☐

Luar Biasa
(Abnormal)

Kiri
(Left)

☐

Biasa
(Normal)

☐

Luar Biasa
(Abnormal)

(ii) Pemeriksaan Pendengaran (Hearing):

Kanan
(Right)

☐

Biasa
(Normal)

☐

Luar Biasa
(Abnormal)

Kiri
(Left)

☐

Biasa
(Normal)

☐

Luar Biasa
(Abnormal)

(3) PEMERIKSAAN MULUT, KERONGKONG DAN GIGI (ORAL, THROAT AND TEETH)

- (i) **Mulut**
(Oral): ☐ Biasa
(Normal) ☐ Luar Biasa
(Abnormal)
- (ii) **Kerongkong**
(Throat): ☐ Biasa
(Normal) ☐ Luar Biasa
(Abnormal)
- (iii) **Gigi/ Gigi palsu**
(Teeth/ Denture): ☐ Biasa
(Normal) ☐ Luar Biasa
(Abnormal)

Catatan/
(Remark): _____

(4) PEMERIKSAAN RESPIRATORI (RESPIRATORY EXAMINATION)

☐ Biasa
(Normal) ☐ Luar Biasa
(Abnormal)

Catatan/
(Remark): _____

(5) PEMERIKSAAN KARDIOVASKULAR (CARDIOVASCULAR EXAMINATION)

☐ Biasa
(Normal) ☐ Luar Biasa
(Abnormal)

Catatan/
(Remark): _____

(6) PEMERIKSAAN ABDOMEN/ UROGENITAL (ABDOMEN/ URO GENITAL EXAMINATION)

Abdomen:

☐ Biasa
(Normal) ☐ Luar Biasa
(Abnormal)

Catatan/
(Remark): _____

Uro Genital (untuk lelaki sahaja dan perempuan jika perlu):

☐

Biasa
(Normal)

☐

Luar Biasa
(Abnormal)

**Catatan/
(Remark):**

(7) PEMERIKSAAN NEUROLOGI (NEUROLOGICAL EXAMINATION)

☐

Biasa
(Normal)

☐

Luar Biasa
(Abnormal)

**Catatan/
(Remark):**

(8) PENILAIAN STATUS MENTAL (MENTAL HEALTH ASSESSMENT)

(i) Penampilan diri
(General appearance):

Pemakaian
(Dressing)

☐

Kerapian
(Tidiness)

☐

Kesesuaian
(Appropriateness)

☐

(ii) Pertuturan/ Percakapan
(Speech):

Jelas
(Coherent)

☐

Berkaitan
(Relevant)

☐

Waras
(Rational)

☐

(iii) Keadaan Emosi
(Emotional/ Mood):

Tertekan
(Depressed)

☐

Sungguh girang
(Elated)

☐

Biasa
(Normal)

☐

(iv) Halusinasi
(Hallucination) (e.g.
auditory hallucination)

Ada
(Present)

☐

Tiada
(Absent)

☐

(v) Orientasi (Orientation):

Masa
(Time)

Tempat
(Place)

Individu
(Person)

**Catatan/
(Remark):**

(9) PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR (*MUSCULOSKELETAL SYSTEM EXAMINATION*)

- (i) **Anggota atas**
(*Upper limb*): ☐ Biasa
(*Normal*) ☐ Luar Biasa
(*Abnormal*)
- (ii) **Anggota bawah**
(*Lower limb*): ☐ Biasa
(*Normal*) ☐ Luar Biasa
(*Abnormal*)
- (iii) **Gaya berjalan**
(*Gait*): ☐ Biasa
(*Normal*) ☐ Luar Biasa
(*Abnormal*)

Catatan/
(*Remark*):

E. UJIAN MAKMAL (*LABORATORY TEST*)
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

UJIAN URIN (*URINE TEST*)

Ujian (<i>Test</i>)	Keputusan (<i>Result</i>)
Gula (<i>Sugar</i>)	
Albumin (<i>Albumin</i>)	

UJIAN – UJIAN LAIN (*OTHER RELEVANT TESTS*)
(sekiranya difikirkan perlu oleh pengamal perubatan berdaftar)

Sila lampirkan laporan ujian berkenaan bersama-sama Borang Pemeriksaan Perubatan ini.

Cop Rasmi Makmal Yang Menjalankan Ujian:

F. PENGESAHAN PENGAMAL PERUBATAN BERDAFTAR
(Diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa

No. KP: pada..... dan mendapati:

☐ beliau tidak menghidap masalah kesihatan dan disahkan sihat untuk berkhidmat.

☐ beliau menghidap masalah kesihatan tetapi boleh dipertimbangkan untuk dilantik.
(nama penyakit :.....)

tahap penyakit : ringan (*mild*)

☐

sedehana (*moderate*)

☐

**Catatan/
(Remark):** _____

☐ beliau menghidap masalah kesihatan yang tidak terkawal (*severe*) dan tidak disokong untuk dilantik. (nama penyakit :.....)

Tandatangan : _____

Nama : _____

No. Kad Pengenalan/
No. Pasport : _____

Jawatan : _____

No. Pendaftaran MMC : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi : _____

A. BIODATA

1. Nama: _____

2.	No Kad Pengenalan:						-			-			
----	--------------------	--	--	--	--	--	---	--	--	---	--	--	--

3. Umur:

--	--

 Tahun

--	--

 Bulan (pada tarikh pemeriksaan)

4. Jantina: ☐ Lelaki ☐ Perempuan

5. Bangsa: ☐ Melayu ☐ Cina ☐ India ☐ Lain-lain (sila nyatakan):

6. Taraf Perkahwinan: ☐ Bujang ☐ Berkahwin ☐ Janda/Duda

7. Alamat Kediaman: _____

8. Alamat Tempat Kerja: _____

9. Sejarah Pekerjaan (3 yang terkini):

Nama Jawatan

Kementerian/ Jabatan

Tempoh

a. _____

C. _____

10. Sejarah Perubahan:

☐ a. Penyakit Mental (*Mental illness*)

b. Lain-lain (sila nyatakan) (*Others, please specify*)

11. Sejarah Pembedahan:

Jenis Pembedahan / (*Type of surgery*)

Tahun

- a. _____
b. _____
c. _____

12. Sejarah Merokok:

☐

Tidak Merokok (*Non smokers*)

☐

Bekas Perokok (melebihi 6 bulan)
(*ex-smoker*)

☐

Perokok (*Smoker*)

13. Sejarah Alahan (*Allergy*):

- i. Ubat-ubatan: a. _____ b. _____
(*Medicine*) c. _____ d. _____
- ii. Lain-lain a. _____ b. _____
(*Others*) c. _____ d. _____

14. Sejarah Keluarga:

☐

a. Penyakit Mental (*Mental illness*)

☐

b. Kanser (*Cancer*)

☐

c. Kencing Manis (*Diabetes Mellitus*)

☐

d. Darah tinggi (*Hypertension*)

☐

e. Strok (*Stroke*)

☐

f. Penyakit Jantung (*Heart disease*)

☐

g. Lain-lain (sila nyatakan) (*Others, please specify*)

B. PEMERIKSAAN FIZIKAL (untuk diisi oleh pengamal perubatan berdaftar)

1. Tinggi: cm Berat Badan: kg
(*Height*) (*Weight*)

2. Indeks Jisim Tubuh (*BMI*): BMI <18.5 (kurang berat badan)
BMI 18.5-24.9 (normal)
BMI 25-29.9 (lebih berat badan)
BMI > 30 (kegemukan / obes)

3. Penglihatan
(Vision):

Mata Kanan (Right Eye)		Mata Kiri (Left Eye)	
Dengan Kaca Mata (With glasses)	6/_	Dengan Kaca Mata (With glasses)	6/_
Tanpa Kaca Mata (Without glasses)	6/_	Tanpa Kaca Mata (Without glasses)	6/_

Kadar Nadi (Pulse rate) : _____/min Rentak (Rhythm): _____

Tekanan Darah (Blood Pressure) : _____sistolik mm/Hg
_____diastolik mm/Hg

Pemeriksaan Klinikal Payudara: Biasa (Normal) / Luar Biasa (Abnormal) _____
(Clinical Breast Examination)

Pap smear: _____

C. UJIAN MAKMAL

1. Glukosa Darah:

atau; Rawak (Random) _____ mmol/l
Puasa (Fasting) _____ mmol/l

2. Serum Lipid:

Total Cholesterol _____ mmol/l

Nota: Jalankan ujian lanjut jika diperlukan.

D. Catatan

Tandatangan

Pemeriksa : _____

Nama : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi:

E. PEMERIKSAAN KESIHATAN PERGIGIAN: (untuk diisi oleh Pegawai Pergigian)

☐ Kesihatan pergigian yang baik / tidak memerlukan rawatan

Terdapat masalah pergigian:-

☐

Infeksi

☐

Periodontium

☐

Karies / Restorasi

☐

Lain-lain (Others)

☐

Kehilangan Gigi (tooth loss)

(sila nyatakan) _____

Tandatangan

Pemeriksa : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi:

Nama : _____

KEPADA PIHAK YANG BERKENAAN:

Dengan ini disahkan bahawa _____ (nama pemohon)

No. Kad Pengenalan _____ telah menjalani pemeriksaan

kesihatan pada _____ dari jam _____ hingga jam _____.

Tandatangan : _____

Nama : _____

No. Kad Pengenalan/
No. Pasport : _____

Jawatan : _____

No. Pendaftaran MMC : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi : _____