

BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN PELAJAR TEMPATAN SISWAZAH



University Health Centre
 Pusat Kesihatan Universiti

GARIS PANDUAN PEMERIKSAAN KESIHATAN

1. Pemeriksaan Kesihatan **WAJIB** di lakukan di Pusat Kesihatan Universiti Malaysia Pahang Al-Sultan Abdullah
2. Kos bayaran bagi pemeriksaan kesihatan adalah ditanggung sepenuhnya oleh pelajar.
3. Pelajar perlu mengisi Bahagian A sebelum menjalani pemeriksaan kesihatan
4. Sebarang maklumat lanjut boleh didapati di portal Pusat Kesihatan pku.umpsa.edu.my

Bahagian A

Nama:	
No ID:	
Fakulti:	
No Telefon:	
Emel:	

SILA ISI: STATUS OKU: YA / TIDAK NO KAD OKU:
JENIS OKU:

Perakuan Kesihatan

Sila tandakan (/) pada petak berkenaan

Penyakit	Ada	Tiada
Asthma		
Tibi/Batuk kering		
Darah Tinggi		
Sakit Jantung		
Kencing Manis		
Sakit Buah Pinggang		
Sawan		
Sakit Mental		
Kecacatan Anggota/Lumpuh		
Kurang Pendengaran/Penglihatan		
Barah		
Alahan		
Lain-lain penyakit atau kecederaan		

Saringan Tibi dan Merokok

Sila tandakan (/) jika anda mengalami simptom/penyakit di bawah di petak yang berkenaan

Saringan Tibi	Ada	Tiada
1. Batuk yang melebihi 2 minggu?		
2. Adakah anda mengalami batuk berdarah?		
3. Demam pada malam hari?		
4. Penurunan berat badan?		
5. Kurang selera makan?		
6. Berpeluh ketika tidur pada waktu malam?		
7. Penyakit Kencing Manis		
8. Penyakit HIV/AIDS		
9. Keluarga/kawan yang menghidapi Tibi		
10. Penyakit Tibi		
Saringan Merokok	Ada	Tiada
1. Dalam masa 30 hari yang lepas, pernahkah anda merokok walaupun satu sedutan?		
2. Sepanjang usia anda pernahkah anda menghisap 100 batang rokok tembakau?		

**Rokok: apa-apa bahan yang mengandungi hasil tembakau yang digulung atau dikilangkan termasuklah cerut dan rokok gulung*

**Merokok: maksudnya menyedut/menghembus asap atau wap apa2 hasil tembakau (rokok batang/cerut) lain2 spt vape/shisha/rokok elektronik*

Saya dengan ini mengaku bahawa maklumat yang saya berikan di atas adalah lengkap dan benar.

Tandatangan :

Tarikh:

Bahagian B: Untuk diisi oleh staf perubatan: tandakan (/) bagi yang berkenaan

Vital sign:

Height:	
Weight:	
BMI:	
Blood Pressure:	
Heart Rate:	

Urine

Urine FEME	Normal	Abnormal	Comment
Albumin			
Sugar			

Physical Examination

Item	Normal	Abnormal/Remarks
Heart		
Lungs		
Nervous System		
Mental condition		
Digestive System		
Musculoskeletal System		
Genitourinary System		
Hearing		
Skin		
Hearing		
Skin		
Hands		

Vision:

Acquity	Left	Right
Aided		
Unaided		

Color vision test:

	Normal	
	Partial Colour Deficiency
	Total Colour Deficiency

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah memeriksa

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

	Beliau tidak menghidapi masalah kesihatan	
	Beliau menghidap masalah kesihatan Nyatakan:	
	Beliau menghidap masalah kesihatan yang serius dan boleh mengganggu proses pembelajaran	

Tandatangan:
 Cop:
 Tarikh: