



LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN REPORT OF HEALTH EXAMINATION

Untuk dilengkapkan oleh pemohon dan diserahkan pada hari pendaftaran
To be completed by candidate and submit on the registration day

No. Pelajar/ <i>Student No.</i>	
Kampus/ <i>Campus</i>	
Kod Program/ <i>Course Code</i>	

Bahagian 1 <i>Part 1</i>	Biodata <i>Biodata</i>
MAKLUMAT PELAJAR/STUDENT DETAILS	
1. Nama/ <i>Name</i>	:
2. No. Kad Pengenalan/ <i>Identity Card No</i>	:
4. No Pasport/ <i>Passport No</i>	:
6. Taraf Perkahwinan/ <i>Marital Status</i>	:
8. No Tel. Bimbit/ <i>HP No</i>	:
3. Tarikh Lahir/ <i>Birthdate</i>	:
5. Warganegara/ <i>Nationality</i>	:
7. Jantina/ <i>Gender</i>	:
9. E-mel/ <i>E-mail</i>	:
MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA/WARIS/GUARDIAN/NEXT OF KIN	
1. Nama/ <i>Name</i>	:
2. No Tel. Bimbit/ <i>HP No</i>	:
3. Alamat/ <i>Postal Address</i>	:
	:
	:
	:



Bahagian 2
Part 2

Sila tandakan (/) dalam kotak berkenaan
Please tick (/) the relevant box

PENGAKUAN PERIHAL PENYAKIT SENDIRI (Certification of Own Illness)

	Ya Yes	Tidak No	Catatan Note
Pembedahan (<i>Operation</i>)			
Batuk Kering (<i>Tuberculosis</i>)			
Kencing Manis (<i>Diabetes</i>)			
Penyakit Psikiatrik (<i>Psychiatric Illness</i>)			
Lemah Jantung, Penyakit Saluran Darah, Darah Tinggi (<i>Heart/Arterial Disease</i>)			
Lelah atau Alahan (<i>Asthma or Allergy</i>)			
Penagihan Dadah (<i>Drug Addiction</i>)			
HIV/AIDS			
Kanser (<i>Cancer</i>)			
Buah Pinggang (<i>Kidney Disease</i>)			
Kecacatan anggota (<i>Physical disabilities</i>)			
Lain-lain Penyakit (<i>Other illness</i>)			

Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberi di atas adalah benar

(I hereby certify that the information given above is correct)

Tandatangan

(Signature of Candidates)



Bahagian 3
Part 3

Diisi oleh Pegawai Perubatan yang memeriksa
To be filled by examining Medical Officer

1. ANTHROPOMETRY

Tinggi/Height : _____ m	Tekanan Darah/ <i>Blood pressure</i> : _____ mmHg
Berat/Weight : _____ kg	Nadi/ Pulse rate : _____ / min
BMI : _____ kg/m ²	
Pemeriksaan Mata/ Vision test: Unaided : (R) _____ (L) _____ Aided : (R) _____ (L) _____	Ujian Rabun Warna/ Colour blind test: NORMAL / ABNORMAL _____

2. PHYSICAL EXAMINATION

ITEMS	YES	NO	COMMENT
a. Deformities			
b. Pallor			
c. Cyanosis			
d. Jaundice			
e. Oedema			
f. Skin Diseases			

3. SYSTEMIC EXAMINATION

ITEMS	NORMAL	ABNORMAL	COMMENT
a. Eyes (including funduscopy)			
b. Ears			
c. Nose			
d. Oral cavity / throat			
e. Neck			
f. Heart			
g. Lungs			
h. Abdomen / hernia orifices			
i. Nervous system			
j. Mental condition			
k. Musculoskeletal system			



Bahagian 4 <i>Part 4</i>		Pemeriksaan Makmal <i>Lab investigations</i>	
URINE TEST			
ITEMS		RESULT	
a. Albumin			
b. Sugar			
c. Microscopic			

UJIAN – UJIAN LAIN (OTHER RELEVANT TESTS)

(sekiranya difikirkan perlu oleh pengamal perubatan berdaftar)

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

Bahagian 5 <i>Part 5</i>		Pemeriksaan Darah & X-Ray Dada <i>Blood Test & Chest X-Ray</i>	
<i>(Untuk Pelajar Perubatan dan Pembedahan, Pergigian dan program-program dari Fakulti Sains Kesihatan sahaja)</i>			
BLOOD TEST			
ITEMS	DATE TAKEN	RESULT	
a. Hepatitis B antigen			
b. Hepatitis B antibody			
c. Hepatitis C			
d. HIV			
X-RAY			
ITEMS	RESULT		
a. Chest x-ray no.			
b. Tarikh/ Date			
c. Tempat/ Venue			
d. Laporan/ Report			



Bahagian 6
Part 6

Pengesahan Pegawai Perubatan
Certification by Medical Officer
Sila tandakan di dalam kotak berkenaan
Please tick in the appropriate box.

Saya mengesahkan bahawa pada hari ini saya telah memeriksa / I certify that on this day I have examine _____

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

Beliau tidak mengidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat

The above name is in good health

Beliau mengidap

The above name has _____

Beliau sedang mendapat rawatan

The above name is undergoing treatment _____

Nama Pegawai Perubatan
Name of Medical Officer

No. Pendaftaran MMC
MMC Registration No

Tarikh
Date

Kelulusan & Cop Rasmi Klinik
Qualification & official stamp of clinic

Bahagian 7 **PERAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAESTHESIA) DAN PEMBEDAHAN**
Part 7 **AUTHORISATION FOR ANAESTHESIA AND SURGICAL PROCEDURE**

Untuk calon berumur bawah 18 Tahun sahaja
For candidate below 18 years old only

Pegawai Perubatan

Medical Officer

UNIVERSITI TEKNOLOGI MARA

Saya _____

Nombor Kad Pengenalan _____ bapa/lbu/penjaga kepada

(Nama Calon) _____

Nombor Kad Pengenalan _____

Dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang calon ini memerlukan rawatan bius (anesthesia) atau/dan pembedahan, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.

Hereby authorize the medical officer to sign on my behalf for anaesthesia or carry out a surgical procedure on the applicant in my absence in the event of an emergency as confirmed by the attending doctor, when required.

Saya tidak akan mendakwa atau mengambil sebarang tindakan terhadap UiTM jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.

I will absolve the UiTM of any claims or responsibilities from any unfavourable consequences which may arise from the said procedure.

Nama Bapa/Ibu/Penjaga

Name of Father/Mother/Guardian

Yang benar

Yours Faithfully

Alamat

Address

Tandatangan Bapa/Ibu/Penjaga

Signature of Father/Mother/Guardian

Nombor Telefon: _____

Telefon No :

Tarikh : _____

Date :