**PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI**



**(SKIM KEMUDAHAN PERUBATAN STAF UNIVERSITI MALAYSIA TERENGGANU)**

**BORANG PERMOHONAN PEMBELIAN UBAT PENYAKIT KRONIK STAF**

**Nama Pemohon** : ……………………………………………………………………….

**No. Kp/ No Staf** : …………………………………………………………......................

**No. Telefon** : …………………………………………………………………………

**Jabatan/ Ptj** : …………………………………………………………………………

**Jenis Permohonan** : Pertama Kali/ Ulangan (*sila tandakan yang berkenaan*)

**Butiran Ubat Yang Dipohon:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **No.** | **Nama & Kandungan Ubat/ Jenama**  | **Dos Ubat** | **Kuantiti Yang Dipohon** | **Diagnosis/ Penyakit** | **Tempoh Ubat Tersebut Telah Digunakan** |
| 1. |  |  |  |  |  |
| 2. |  |  |  |  |  |
| 3. |  |  |  |  |  |
| 4 |  |  |  |  |  |

 **(***Sila kemukakan lampiran sekiranya ruangan yang disediakan tidak mencukupi)*

**Syarat Permohonan**

*(Sila baca dengan teliti syarat-syarat di bawah sebelum mengisi borang permohonan)*

1. Permohonan Pembelian Ubat Penyakit kronik Staf ini **HANYA LAYAK KEPADA STAF UMT SERTA TANGGUNGAN STAF** yang berdaftar di UMT sahaja.
2. Permohonan ini **HANYA** tertakluk untuk ubat-ubatan yang berkaitan dengan penyakit kronik yang memerlukan pengambilan ubat rutin harian secara berterusan dan disahkan oleh pegawai perubatan yang berdaftar serta menpunyai kos yang tinggi sekiranya diambil di klinik-klinik panel UMT berbanding di PKU.
3. Permohonan untuk **PERTAMA KALI SAHAJA** **WAJIB** disertakan surat rujukan atau laporan perubatan daripada Pegawai Perubatan/ Pakar dari mana- mana pengamal perubatan yang berdaftar di Malaysia.
4. Kuantiti bekalan ubat- ubatan bagi satu permohonan pembelian adalah maksimum sebanyak 3 bulan sahaja. Pemohon perlu mengemukakan permohonan baru sekiranya ingin menyambung semula bekalan ubat- ubatan tersebut. Borang permohonan perlulah dikemukakan 1 bulan lebih awal kepada pihak PKU supaya pembelian awal dapat dilakukan serta bagi mengelak pemohon tidak terputus bekalan.
5. Jangkamasa stok yang akan diterima oleh pesakit/ pemohon adalah kira- kira satu (1) bulan dari tarikh permohonan diluluskan oleh Pengarah Pusat Kesihatan Universiti, UMT.

Saya …………………………………………………………………………. No. K/P ……………………………………

Bersetuju dan memahami segala syarat-syarat yang telah ditetapkan di atas.

Tarikh: ………………………… Tandatangan Pemohon / Pesakit:……………………………………….

**Untuk Kegunaan Pusat Kesihatan Universiti UMT Sahaja**

Permohonan Ini **Disokong/ Tidak Disokong**

Tarikh: ………………………. …………………………………………………..

 Ketua Bahagian Sokongan Perubatan

 Pusat Kesihatan Universiti UMT

Permohonan **Diluluskan/ Tidak Diluluskan**

Tarikh: ………………………… …..……………………………………………………

 Pengarah

 Pusat Kesihatan Universiti UMT