



## **UNIVERSITI MALAYSIA TERENGGANU**

---

### **PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 3 TAHUN 2013**

---

#### **PEMERIKSAAN KESIHATAN BAGI MAKSUD PELANTIKAN KE PERKHIDMATAN UNIVERSITI MALAYSIA TERENGGANU**

#### **TUJUAN**

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

#### **LATAR BELAKANG**

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

3.0 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.**

4.0 Bagi memastikan pemeriksaan kesihatan calon yang dilantik dibuat dengan teratur, terdapat keperluan untuk menjelaskan dasar dan tatacara pemeriksaan kesihatan dengan menggunakan borang baharu pemeriksaan perubatan.

## **DEFINISI**

5.0 Bagi tujuan Pekeliling Perkhidmatan ini:

**“calon”** bermaksud seseorang yang akan ditawarkan pelantikan secara tetap, kontrak, sementara atau pinjaman oleh Universiti;

**“Ketua Jabatan”** bermaksud seseorang yang mengetuai mana-mana Pejabat, Fakulti, Sekolah, Akademik, Pusat, Institut, Makmal Berpusat, Kolej Kediaman, pusat perkhidmatan dan pusat kecemerlangan yang diberi kuasa oleh Universiti untuk mengurus dan mengawal sumber kewangan dan lain-lain sumber, melainkan ditentukan sebaliknya oleh Naib Canselor;

**“pegawai”** bermaksud pegawai sedang berkhidmat yang dilantik ke jawatan baharu oleh Universiti;

“**Pendaftar**” bermaksud Pendaftar Universiti Malaysia Terengganu termasuk mana-mana pegawai yang diwakilkan kuasa;

“**pengamal perubatan berdaftar**” bermaksud pengamal perubatan yang didaftarkan di bawah Akta Perubatan 1971 [Akta 50] sama ada pegawai perubatan Kerajaan atau swasta;

## **DASAR PEMERIKSAAN KESIHATAN**

6.0 Dasar pemeriksaan kesihatan adalah seperti berikut:

- (a) calon yang akan dilantik ke dalam perkhidmatan awam 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 Universiti apabila dilantik ke jawatan baharu;
- (c) bagi maksud subperenggan 6(a) dan 6(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 Pendaftar **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, Pendaftar **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 Pendaftar;
- (f) sekiranya Universiti menghendaki 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** kepada Pendaftar. Sekiranya pegawai diperakui oleh pengamal perubatan berdaftar mengalami masalah kesihatan, pegawai hendaklah merujuk kepada Pendaftar yang menawarkan jawatan baharu itu untuk mendapatkan nasihat mengenai pelantikannya;
- (g) 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.

7.0 Walaupun seseorang pegawai sedang berkhidmat telah mematuhi syarat **di perenggan 6**, Pendaftar **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.

## **PELAKSANAAN PEMERIKSAAN KESIHATAN**

8.0 Pemeriksaan kesihatan bagi calon/ pegawai yang dilantik adalah seperti berikut:

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

- (d) Universiti hendaklah membuat bayaran emolumen bagi apa-apa tempoh calon/ pegawai berkhidmat.

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

## **TARIKH KUAT KUASA**

10.0 Pekeliling ini berkuat kuasa mulai tarikh ianya dikeluarkan.



**B. MAKLUMAT KESIHATAN PEMOHON**

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

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

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



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

Bil	Jenis Penyakit/ Masalah Kesihatan	Ya	Tidak	Tidak Pasti	Catatan
29	<b>Pernakah anda menerima rawatan tradisional untuk gangguan mental?</b> ( <i>Have you received any traditional treatment for mental illness</i> )				
30	<b>Kecederaan kepala yang serius</b> ( <i>Serious head injury</i> )				
31	<b>Pernakah anda cuba untuk membunuh diri</b> ( <i>Attempted suicide</i> )				
32	<b>Sejarah Pembedahan</b> ( <i>History of operations</i> )				
33	<b>Lain – lain (Sila Nyatakan)</b> ( <i>Others, please specify</i> )				
<b>Diisi Oleh Pemohon Agensi Penguatkuasaan Maritim Malaysia Sahaja</b>					
34	<b>Urut Kaki Bersimpul</b> ( <i>Varicose Vein</i> )				
35	<b>Tapak Kaki Rata</b> ( <i>Flat Footed</i> )				
36	<b>Buasir</b> ( <i>Piles</i> )				
37	<b>Sakit Sendi</b> ( <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/m<sup>2</sup>**  
(Height): \_\_\_\_\_ (Weight): \_\_\_\_\_ **Tubuh (BMI):** \_\_\_\_\_

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

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

**Catatan/**  
(*Remark*): \_\_\_\_\_

(4) **PEMERIKSAAN RESPIRATORI** (*RESPIRATORY EXAMINATION*)

- Biasa  Luar Biasa  
(*Normal*) (*Abnormal*)

**Catatan/**  
(*Remark*): \_\_\_\_\_

(5) **PEMERIKSAAN KARDIOVASKULAR** (*CARDIOVASCULAR EXAMINATION*)

- Biasa  Luar Biasa  
(*Normal*) (*Abnormal*)

**Catatan/**  
(*Remark*): \_\_\_\_\_

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

**Abdomen:**

- Biasa  Luar Biasa  
(*Normal*) (*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**  Biasa  Luar Biasa  
(*Upper limb*): *(Normal)* *(Abnormal)*

(ii) **Anggota bawah**  Biasa  Luar Biasa  
(*Lower limb*): *(Normal)* *(Abnormal)*

(iii) **Gaya berjalan**  Biasa  Luar Biasa  
(*Gait*): *(Normal)* *(Abnormal)*

**Catatan/**  
(*Remark*):

---

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

**UJIAN URIN (*URINE TEST*)**

<b>Ujian (<i>Test</i>)</b>	<b>Keputusan (<i>Result</i>)</b>
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 : \_\_\_\_\_



**BORANG PEMERIKSAAN PERUBATAN  
BAGI PEGAWAI PERKHIDMATAN AWAM**

**A. BIODATA**

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

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. _____	_____	_____
b. _____	_____	_____
c. _____	_____	_____

10. Sejarah Perubatan:

- a. Penyakit Mental (*Mental illness*)
- b. Lain-lain (sila nyatakan) (*Others, please specify*)  
\_\_\_\_\_

11. Sejarah Pembedahan:

Jenis Pembedahan / ( <i>Type of surgery</i> )	Tahun
a. _____	_____
b. _____	_____
c. _____	_____

12. Sejarah Merokok:

Tidak Merokok (*Non smokers*)

Bekas Perokok (melebihi 6 bulan)       Perokok (*Smoker*)  
(*ex-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. Mental (*Mental illness*)

b. Penyakit 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*):  kg/m<sup>2</sup>      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 ( <i>Right Eye</i> )		Mata Kiri ( <i>Left Eye</i> )	
Dengan Kaca Mata ( <i>With glasses</i> )	6/_	Dengan Kaca Mata ( <i>With glasses</i> )	6/_
Tanpa Kaca Mata ( <i>Without glasses</i> )	6/_	Tanpa Kaca Mata ( <i>Without glasses</i> )	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 : \_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

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 : \_\_\_\_\_

Nama : \_\_\_\_\_

Cop Rasmi:

**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 : \_\_\_\_\_