

BAHAGIAN 2 - Sila tandakan (√) dalam kotak yang berkenaan

Pengisytiharan tahap kesihatan diri sendiri dan keluarga. Sila maklumkan dengan jelas jika anda atau ahli keluarga anda menghadapi penyakit-penyakit berikut. Ahli keluarga adalah ibu, bapa dan adik beradik.

MASALAH PERUBATAN	SENDIRI		KELUARGA		Jika "Ya" sila nyatakan penyakit dan rawatan yang diterima
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
1. Kecacatan kekal atau penyakit diwarisi / <i>Congenital or inherited disorder</i>					
2. Alahan / <i>Allergy</i>					
3. Penyakit mental / <i>Mental illness</i>					
4. Sawan, angin ahmar, penyakit saraf yang lain / <i>Fits, stroke, other neurological disease</i>					
5. Kencing manis / <i>Diabetes Mellitus</i>					
6. Darah tinggi / <i>Hypertension</i>					
7. Penyakit jantung atau kardiovaskular / <i>Heart or cardiovascular disease</i>					
8. Lelah / <i>Asthma</i>					
9. Penyakit tiroid / <i>Thyroid disease</i>					
10. Penyakit buah pinggang / <i>Kidney disease</i>					
11. Kanser / <i>Cancer</i>					
12. Batuk kering / <i>Tuberculosis</i>					
13. Ketagihan dadah / <i>Drug addiction</i>					
14. AIDS, HIV					
15. Sejarah pembedahan / <i>History of surgery</i>					
16. Hepatitis B/C					
17. Merokok / <i>Smoking</i>					
18. Kecacatan anggota, pancaindera/ <i>Deformity of limbs or sensory organ</i>					
19. Penyakit lain / <i>Other illnesses</i>					

BAHAGIAN 3

* Sekiranya perlu, pelajar adalah dinasihatkan untuk mendapatkan pelalian yang berkaitan dengan nasihat Pegawai Perubatan

SEJARAH IMUNISASI – jika berkenaan	TARIKH IMUNISASI				
1. BCG					
2. Hepatitis B					
3. Rubella					
4. Yellow Fever					
5. Meningococcal					
6. Typhoid					
7. Influenza					
8. Lain-lain / <i>Others</i>					

Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat di atas adalah benar. Saya sedia maklum bahawa permohonan saya akan ditolak sekiranya maklumat yang diberikan tidak benar. Saya dengan ini memberi keizinan agar Laporan Pemeriksaan Kesihatan ini diserahkan kepada pihak Universiti.

Tarikh

Tandatangan calon
No. Kad Pengenalan:
()

BAHAGIAN 4 – PEMERIKSAAN FIZIKAL UNTUK DIISI OLEH PEGAWAI PERUBATAN YANG MEMERIKSA

PART 4 - PHYSICAL EXAMINATION

To be filled by Examining Doctor

1. BASIC MEASUREMENT			
HEIGHT :	_____ m	BLOOD PRESSURE :	_____ mmHg
WEIGHT :	_____ kg	PULSE RATE :	_____ / min
BMI :	_____ kg/m ²		
VISION TEST : Unaided :	(R) _____ (L) _____	COLOUR VISION TEST :	
	Aided : (R) _____ (L) _____		NORMAL / ABNORMAL

2. GENERAL EXAMINATION			
ITEM	YES	NO	COMMENT
DEFORMITIES			
PALLOR			
CYANOSIS			
JAUNDICE			
OEDEMA			
SKIN DISEASES			

3. SYSTEMIC EXAMINATION			
ITEM	NORMAL	ABNORMAL	COMMENT
EYES (including funduscopy)			
EARS			
NOSE			
ORAL CAVITY / THROAT			
NECK			
HEART			
LUNGS			
ABDOMEN / HERNIA ORIFICES			
NERVOUS SYSTEM			
MENTAL CONDITION			
MUSCULOSKELETAL SYSTEM			

BAHAGIAN 5 – UJIAN DIAGNOSTIK
PART 5- Diagnostic Test

URINE TEST		
ITEM	DATE TAKEN	RESULT
ALBUMIN		
SUGAR		

CHEST X-RAY INFORMATION (IF INDICATED)	
CHEST X-RAY NO.	
DATE TAKEN	
PLACE TAKEN	
REPORT	

BAHAGIAN 6 – PENGESAHAN PEGAWAI PERUBATAN
PART 6 - Certification by the Examining Doctor

I hereby certify that I have examined _____ with
MyKAD No. / Passport No. _____ on this date _____ and
found him/her:

IN GOOD HEALTH

HAS MEDICAL PROBLEM (Please state)

IS UNDERGOING TREATMENT FOR: (Please state)

Date : _____

Signature of Doctor : _____

Name of Doctor : _____

Qualification & : _____

Official stamp of
Clinic

Remarks by Universiti Pendidikan Sultan Idris's Medical Officer:

Normal

Signature and official stamp:

Has medical problem (please state):

.....

Date:

BAHAGIAN 7

Nama	:	_____
No Matrik	:	_____
No MyKAD	:	_____
No Telefon	:	_____

PERAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAESTHESIA) DAN PEMBEDAHAN

Pegawai Perubatan
Universiti Pendidikan Sultan Idris
35900 Tanjong Malim
PERAK

Saya _____ No MyKAD _____
_____ bapa/ibu/penjaga kepada (Nama Calon) _____
_____ dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang calon ini memerlukan rawatan bius (*anaesthesia*) atau/dan pembedahan, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.

Saya tidak akan mendakwa atau mengambil sebarang tindakan terhadap Universiti Pendidikan Sultan Idris jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.

Nama Bapa/Ibu/Penjaga

Yang benar,

Alamat

Tandatangan Bapa/Ibu/Penjaga

Nombor Telefon : _____

Tarikh : _____