



UNIVERSITI MALAYSIA SABAH

**PEMERIKSAAN KESIHATAN BAGI CALON PELAJAR PROGRAM IJAZAH SARJANA MUDA
KEJURURAWATAN DENGAN KEPUJIAN DAN DIPLOMA KEJURURAWATAN, FAKULTI PERUBATAN DAN
SAINS KESIHATAN, UNIVERSITI MALAYSIA SABAH**

ARAHAN:

1. Calon – calon hendaklah mengisi Surat Setuju – Terima Tawaran seperti di *(Lampiran A)*
2. Calon – calon hendaklah melengkapkan Borang Pemeriksaan Kesihatan program Diploma Kejururawatan Fakulti Perubatan dan Sains Kesihatan, Universiti Malaysia Sabah dan hendaklah dihantar ke **Seksyen Akademik, Fakulti Perubatan dan Sains Kesihatan, Universiti Malaysia Sabah** sebelum atau pada **7 September 2022 (2.00 petang)**.
3. Calon-calon hendaklah memberikan maklumat yang benar dalam borang ini dan jika didapati sengaja memberikan maklumat yang tidak benar, maka tawaran ini boleh dibatalkan.
4. Calon-calon hendaklah membawa bersama-sama Surat Tawaran semasa membuat pemeriksaan kesihatan.
5. Bagi tujuan pemeriksaan kesihatan, calon-calon pernah memakai cermin mata hendaklah membawanya bersama.
6. Pemeriksaan kesihatan boleh dilakukan di **hospital kerajaan atau klinik swasta**.

MUSTAHAK:

- Pemeriksaan HIV, ujian dadah, hepatitis B, Hepatitis C dan "Urine Pregnancy Test (UPT)" adalah diwajibkan bagi semua pelatih yang ditawarkan kursus Diploma Kejururawatan Di Universiti Malaysia Sabah. Tawaran pengajian adalah tertakluk kepada keputusan ujian pemeriksaan kesihatan.
- Jika sekiranya mana-mana ujian tersersebut diatas didapati **Reaktif** atau **Positif**, maka secara serta merta tawaran ini adalah **DIBATALKAN**.

BUTIRAN MENGENAI CALON PELAJAR:

Nama : _____

Kursus yang ditawarkan _____

Alamat _____

No kad pengenalan _____

Tarap Perkahwinan : Bujang/Berkahwin/Duda/Janda

Tarikh Lahir _____

Tempat Lahir _____

BAHAGIAN A

PERAKUAN CALON :

1. Adakah tuan/puan menghidap	YA	TIDAK	Jika Ya nyatakan tarikh dan butiran-butiran lanjut
(a) Kahak Berdarah (Blood stained sputum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Sakit Lelah (Asthma)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Batuk Kering/Tibi (Tuberculosis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Lain-lain penyakit paru-paru (Other diseases of Lungs)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Sengal-sengal sendi (Joint Pain)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(f) Bengkak kaki (Swelling of leg)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(g) Pening Kepala (Giddiness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(h) Burut (Swelling of scrotum)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(i) Sawan (Fits)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(j) Kencing Manis (Diabetes)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(k) Darah Tinggi (Hypertension)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(l) Ketagihan dadah (Drug addict)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(m) Sakit Jiwa (Mental Illness)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(n) Histeria (Hysteria)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(o) Resdung (Allergic)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(p) Penyakit Jantung (Heart Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(q) Penyakit Tiroid (Tyroid Disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(r) Penyakit Buah pinggang (Kidney Diseases)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(s) Gastric (Gastritis)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(t) HIV/AIDS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

(u) Barah (Canser)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(v) Penyakit Kelamin (Venereal disease)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(w) Leukemia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(x) Penyakit-penyakit lain atau kecederaan diri yang mudarat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2. Keadaan panca indera	Boleh	Tidak	Jika tidak nyatakan tarikh dan butiran lanjut
(a) Rasa (Taste)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Bau (Smell)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Sentuhan(Touch)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(d) Penglihatan (Vision)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(e) Pendengaran (Hearing)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Saya dengan ini mengaku maklumat di atas adalah benar dan lengkap dan bersetuju sekiranya terdapat maklumat yang tidak benar atau dengan sengaja tidak menyatakan perihal sebenar di dalam borang ini akan menyebabkan saya tidak dibenarkan mengikut program yang ditawarkan, atau menghadapi kemungkinan ditamatkan daripada latihan.

.....
(Tarikh)

.....
(Tandatangan Calon)

BAHAGIAN B
BUTIRAN MENGENAI PEGAWAI PERUBATAN YANG MEMBUAT PEMERIKSAAN

a. Nama Pegawai Perubatan yang memeriksa :

.....

b. Jawatan :

.....

c. Nombor Kad Pengenalan :

.....

d. Tarikh Pemeriksaan :

.....

e. Nama Hospital/Klinik Kesihatan

.....

	YA	TIDAK	Jika ya nyatakan butir-butir lanjut
a) Adakah tuan/puan mempunyai pertalian keluarga dengan pemohon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(a) Adakah pernah pemeriksaan pemohon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	tuan/puan membuat pemeriksaan ke atas pemohon

.....
(Tarikh)

.....
(Tandatangan dan cop pegawai)

BAHAGIAN C
BUTIRAN –BUTIRAN YANG DIPERIKSA

Pegawai-pegawai yang memeriksa dikehendaki memeriksa calon secara terperinci dan menyiapkan penyata di bawah ini dengan tepat.

Catatan Pegawai Perubatan

1. TINGGI/BERAT meter kg

2. PEMERIKSAAN MATA KANAN KIRI

(a) Penglihatan tanpa alat pandangan (kaca mata,kanta sentuhan) (Unaided vision)

(b) Penglihatan dengan alat pandangan (kaca mata, kanta sebtuhan) (Aided vision)

(c) Penglihatan Warna (Colour perception)

Biasa	<input type="text"/>
Tidak Biasa	<input type="text"/>

(d) Fundus

Biasa	<input type="text"/>
Tidak Biasa	<input type="text"/>

3. PEMERIKSAAN TELINGA KANAN KIRI

(a) Adakah telinga bernanah (Any ear discharge)

(b) Adakah terdapat gegendang berlubang (Tympanic perforation)

(c) Pendengaran (Hearing)

4. PEMERIKSAAN GIGI

Sama ada pemohon mempunyai	YA	TIDAK	Catatan Doktor
(a) Kerosakan gigi yang teruk (Advanced Dental Caries)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Gigi Palsu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5. PEMERIKSAAN MULUT DAN KERONGKONG

Sama ada pemohon mempunyai	YA	TIDAK	Catatan Doktor
(a) Bengkak tonsil (Enlarged Tonsils)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(b) Sumbing (Cleft palate)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(c) Lain-lain abnormality yang teruk (Any other severe abnormality)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. PEMERIKSAAN NADI

Sama ada pemohon mempunyai

(a) Kadar per minut (Rate per minute)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Biasa	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tidak Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Tidak Biasa	<input type="checkbox"/>
Biasa	<input type="checkbox"/>						
Tidak Biasa	<input type="checkbox"/>						
(b) Sifat Denyutan Nadi (Character)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Biasa	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tidak Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Tidak Biasa	<input type="checkbox"/>
Biasa	<input type="checkbox"/>						
Tidak Biasa	<input type="checkbox"/>						

7. PEMERIKSAAN DARAH

Sistolik	mmHg	Diastolik	mmHg
----------	------	-----------	------

8. PEMERIKSAAN DADA

(a) Sifatnya	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Biasa	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Luar Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
Biasa	<input type="checkbox"/>						
Luar Biasa	<input type="checkbox"/>						
(b) Pernafasan (expansion of chest)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Biasa	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Kurang Baik</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Kurang Baik	<input type="checkbox"/>
Biasa	<input type="checkbox"/>						
Kurang Baik	<input type="checkbox"/>						
(c) Adakah kedua-dua belah Penarikan Dadanya sama besar semasa menarik nafas (Equal on both sides on Expansion)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Sama</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Sama	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Tidak Sama</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Tidak Sama	<input type="checkbox"/>
Sama	<input type="checkbox"/>						
Tidak Sama	<input type="checkbox"/>						
(d) Perkusi (Percussion)	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Biasa	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Luar Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
Biasa	<input type="checkbox"/>						
Luar Biasa	<input type="checkbox"/>						
(e) Auskultasi	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Biasa	<input type="checkbox"/>	<table border="1" style="display: inline-table; vertical-align: middle;"><tr><td>Luar Biasa</td><td><input type="checkbox"/></td></tr></table>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
Biasa	<input type="checkbox"/>						
Luar Biasa	<input type="checkbox"/>						

(Auscultation)

9. PEMERIKSAAN JANTUNG

(a) Saiz Jantung

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

(b) Bunyi Jantung

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

(c) Ritma (Rhythm)

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

(d) Adakah terdapat murmur Atau lain-lain bunyi yang luar biasa (Murmur)

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

10. PEMERIKSAAN ABDOMEN

(a) Hati (Liver)

Palpable	<input type="checkbox"/>	Tidak Palpable	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------------	--------------------------

.....

(b) Limpa (Spleen)

Palpable	<input type="checkbox"/>	Tidak Palpable	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------------	--------------------------

.....

(c) Adakah apa-apa bengkak yang luar biasa dalam perut (Any abnormal abdominal mass)

Palpable	<input type="checkbox"/>	Tidak Palpable	<input type="checkbox"/>
----------	--------------------------	----------------	--------------------------

.....

11. PEMERIKSAAN LUBANG- LUBANG HERNIA (examination of Hernial orifices)

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

12. PEMERIKSAAN JANTUNG

(a) Keadaan sentak lutut (Knee Jerk)

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

(b) Keadaan sentak pergelangan kaki (Ankle Jerk)

Baik	<input type="checkbox"/>	Kurang Baik	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-------------	--------------------------

.....

(c) Keadaan sentak plantar (Plantar Reflex)

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

(d) Keadaan anak mata (condition of Pupil)

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

(e) Refleksi anak mata terhadap cahaya (Light reflex)

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

(f) Keadaan Mental (Mental Condition)

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

(g) Percakapan/pertuturan (Speech)

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

13. PEMERIKSAAN SISTEM LOKOMOTOR

(a) Anggota atas
(Upper Limbs)

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

(b) Anggota bawah
(Lower Limbs)

Baik	<input type="checkbox"/>	Kurang Baik	<input type="checkbox"/>
------	--------------------------	-------------	--------------------------

.....

(c) Tulang belakang
(Spinal column)

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

(d) Gaya Berjalan
(Gait)

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

14. PEMERIKSAAN URO JANTINA
(untuk laki-laki sahaja dan perempuan jika perlu)

Biasa	<input type="checkbox"/>	Luar Biasa	<input type="checkbox"/>
-------	--------------------------	------------	--------------------------

.....

15. PEMERIKSAAN AIR KENCING & UPT

U.P.T	<input type="checkbox"/>
Gula	<input type="checkbox"/>
Albumin	<input type="checkbox"/>
Pemeriksaan Mirooskopik	<input type="checkbox"/>
Dadah	<input type="checkbox"/>

.....

.....

.....

.....

.....

16. PEMERIKSAAN HIV

Positif	<input type="checkbox"/>
Negatif	<input type="checkbox"/>

.....

17. PEMERIKSAAN HEPATITIS B

Positif	<input type="checkbox"/>
Negatif	<input type="checkbox"/>

.....

18. PEMERIKSAAN HEPATITIS C

Positif	<input type="checkbox"/>
Negatif	<input type="checkbox"/>

.....

19. PEMERIKSAAN X-RAY DADA

(a) Nombor X-Ray :

(b) Tarikh X-Ray :

(c) Tempat X-Ray diambil :

(d) Penyata X-Ray :

20. LAIN-LAIN PEMERIKSAAN YANG MANA DIFIKIRKAN

.....
.....

BAHAGIAN D
PERAKUAN PEGAWAI PERUBATAN

MUSTAHAK

1. Bagi memastikan calon pelatih tidak membahayakan kesihatan pesakit . Fakulti Perubatan Dan Sains Kesihatan (FPSK) telah menetapkan calon yang telah disahkan penagih dadah, menghidap sakit jiwa, Epilepsy (Sawan) penyakit kronik lain seperti Hepatitis B, Hepatitis C dan HIV/AIDS adalah tidak layak mengikuti latihan Diploma Kejururawatan di FPSK.

2. Pegawai Perubatan juga dipohon supaya membuat pemeriksaan yang teliti terhadap calon pelatih terutamanya di bahagian abdomen dan sempurna anggota badan.

i. Saya dengan ini mengesahkan bahawa saya telah memeriksa
..... No.KP.....
Pada Berdasarkan pada butiran 1 hingga 20 di bahagian C
borang ini.

ii. Calon ini adalah ***LAYAK/TIDAK LAYAK** untuk mengikuti latihan Ijazah Sarjana Muda Kejururawatan Dengan Kepujian ATAU Diploma Kejururawatan di Fakulti Perubatan dan Sains Kesihatan (FPSK), Universiti Malaysia Sabah.

Tandatangan :

Nama :

No KP :

No Pendaftaran (MMC) :

Cop Rasmi :