



MAKLUMAT PERMULAAN RAWATAN PESAKIT TIBI

ARAHAN : Borang ini hendaklah dilengkapkan dan dihantar ke Pejabat Kesihatan Daerah terdekat dalam tempoh 1 minggu dari tarikh diagnosa. Tandakan di ruangan berkaitan.

A. PUSAT RAWATAN	
1. Nama pusat rawatan yang memulakan rawatan: <input style="width: 95%;" type="text"/>	2. Nama pusat rawatan yang menyambung rawatan: <input style="width: 95%;" type="text"/>
B. DATA ASAS PESAKIT	
3. Nama Pesakit (dan nama panggilan, jika ada): <input style="width: 95%;" type="text"/>	
4. R/N Pusat Rawatan: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
5. No. Pengenalan Diri: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
6. No. Dokumen Perjalanan: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
7. Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan	
8. Umur: <input type="text"/> * tahun/bulan	
9. Berat Badan: <input type="text"/> kg	
10. Taraf Perkahwinan: <input type="checkbox"/> Bujang <input type="checkbox"/> Berkahwin <input type="checkbox"/> Duda/Janda <input type="checkbox"/> Tidak Berkaitan	
11. Tempoh Migrasi (bagi warganegara asing): <input type="text"/> * bulan/tahun (* potong mana yang tidak berkenaan)	
C. ALAMAT PESAKIT	
12. Alamat Tempat Tinggal Semasa (yang boleh dihubungi)	Alamat 1: <input style="width: 95%;" type="text"/>
13. Penanda Tempat (Landmark):	Alamat 2: <input style="width: 95%;" type="text"/>
14. No. Telefon:	<input style="width: 95%;" type="text"/>
D. PEKERJAAN PESAKIT	
15. Pekerjaan Utama : <input style="width: 95%;" type="text"/>	
16. Lain-lain Pekerjaan: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
17. Jika bertugas di bidang perubatan/kesehatan:	
i. Anggota KKM? <input type="checkbox"/> **Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
<small>** Sila lengkapkan borang WEHU 1</small>	
ii. Institusi tempat bertugas:	iii. Bahagian tempat bertugas:
<input type="checkbox"/> Hospital	<input type="checkbox"/> Wad Tibi
<input type="checkbox"/> Poliklinik Masyarakat	<input type="checkbox"/> Makmal Mikrobiologi
<input type="checkbox"/> Klinik Desa	<input type="checkbox"/> Bilik Rawatan Pesakit Luar / Kecemasan
<input type="checkbox"/> Klinik Swasta	<input type="checkbox"/> Klinik Dada
<input type="checkbox"/> Lain-lain Klinik (tentera, PBT, estet dll.)	<input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan): <input style="width: 95%;" type="text"/>
E. SEJARAH PENYAKIT DAN STATUS KESIHATAN PRA-DIAGNOSA TIBI	
18. Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	19. Merokok <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
20. Cyanotic Heart Disease <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	21. Ketagihan Alkohol <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
22. Liver Disease <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	23. Ketagihan Dadah <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
24. Chronic Renal Failure <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	25. HIV / AIDS <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
26. Malabsorption Syndrome <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	27. Pembedahan Gastrectomy <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
28. Rawatan Steroid <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	29. Kanser <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
30. Lain-lain, nyatakan jika ada: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
Nota kepada Inspektor Kesihatan: Jawapan "Ya" kepada salah satu kenyataan diatas menunjukkan pesakit ada risiko perubatan. Sila penuhkan petak D10 yang berkaitan dalam TBIS 10A-3 .	

**F. PARUT BCG DAN UJIAN TUBERKULIN (UJIAN MANTOUX)**

31. Parut BCG: i. Ada (termasuk Keloid) ii. Tiada (termasuk *pinpoint*)
32. Jika tiada, nyatakan nama tempat dilahirkan:
33. Ujian Tuberkulin: i. Dibuat ii. Tidak Dibuat
34. Jika dibuat, tarikh ujian dibuat: / /
hari bulan tahun
35. Jika dibuat, bacaan: mm
36. Keputusan: i. Positif ii. Negatif
 Adakah *Brisk* ? Ya Tidak
 Adakah *Blister* ? Ya Tidak

G. UJIAN MAKMAL

Sapuan Terus		38. Keputusan (Tandakan √)						
37. Jenis Spesimen		Tiada Keputusan	Tidak Dibuat	Negatif	1-49/3L (+)	50/>1L (++)	11-49/L (+++)	>50/L (++++)
i. Kahak	<input type="checkbox"/> Spot I							
	<input type="checkbox"/> Pagi I							
	<input type="checkbox"/> Spot II							
	<input type="checkbox"/> Pagi II							
	Lain-lain: <input type="checkbox"/>							
39. Spesimen Selain Kahak (nyatakan):		Positif	Negatif					
ii.								
iii.								

Kultur Untuk AFB - Keputusan Awal (Tandakan √)			
40. Jenis Spesimen	Positif	Negatif	Tercemar/Tidak dibuat
i. Kahak			
41. Spesimen Selain Kahak (nyatakan):			
ii.			
iii.			

H. UJIAN HIV

42. Jenis Ujian:
- i. Saringan Positif / Reaktif Negatif / Tidak Reaktif
 Tidak diketahui Tidak dibuat
- ii. Pengesahan Positif Negatif
- a. No. Ujian: b. Tarikh:
- Tidak dibuat
43. Jika tidak dibuat, mengapa? Tiada perkhidmatan Tiada kebenaran Lain-lain

I. UJIAN HISTOPATOLOGI

44. Jenis Ujian: i. Biopsi Tisu ii. *Fine Needle Aspiration Cytology (FNAC)*
45. Keputusan:



J. UJIAN RADIOLOGI DAN IMAGING

46. X-Ray Dada: Tidak dibuat Teruk (*Moderately Advanced*)
 No lesion Sangat Teruk (*Far Advanced*)
 Sederhana (*Minimal*)

47. Lain-lain X-Ray/Imaging: i. Jenis X-Ray/Imaging:
 ii. Keputusan:

K. PERIHAL EPISOD TIBI SEMASA

48. Cara Pengesanan:

i. Aktif Pemeriksaan Kontak Kajian Khas
 ii. Pasif (Datang Sendiri)
 iii. Saringan (nyatakan):
 Pemeriksaan perubatan untuk pengambilan pekerja
 Pemeriksaan perubatan untuk melanjutkan pelajaran
 Saringan pekerja melalui FOMEMA
 Pemeriksaan pekerja berkala
 Saringan khas (nyatakan tujuan):
 Penjara
 Pusat Serenti
 Rumah Orang Tua
 Klinik AIDS/STI
 Lain-lain (nyatakan):

49. Simptom utama: (boleh > 1)
 Batuk melebihi 2 minggu Demam
 Batuk berkahak Berpeluh malam
 Batuk berdarah Kurang selera makan
 Susut berat badan Lain-lain (nyatakan):

50. Klinik pertama dilawati dengan tanda-tanda penyakit Tibi. (jika berbeza dengan pusat yang membuat notifikasi)
 i. Kemudahan Kerajaan :
 Hospital Pej. Kesihatan (aktiviti pengesanan kontak)
 Poliklinik Masyarakat Pasukan Kesihatan Sekolah
 Klinik Desa Klinik di Institusi (Contoh: Pusat Serenti)
 Klinik Bergerak Lain-lain:

ii. Kemudahan Swasta:
 Hospital Lain-lain (nyatakan):
 Klinik Persendirian

i. Nama & Alamat Fasiliti :

ii. Adakah ujian sapanu terus kahak dibuat? Ya Tidak i. Jika Ya, keputusan: Positif Negatif

51. Kategori Kes Tibi: Kes Baru Kes Setelah Terhenti Rawatan
 Kes Berulang Kes Setelah Gagal Rawatan

52. Jika kes Setelah Gagal Rawatan, adakah kes ini kes Tibi Kronik? Ya Tidak

53. Lokasi Anatomi Tibi (Diagnosa): Tibi Pulmonari
 Tibi Pulmonari dan Ekstrapulmonari
 Tibi Ekstrapulmonari

54. Jika Ekstrapulmonari, nyatakan nama organ yang terlibat:
 i. ii.

Adakah, 55. Tibi Meningitis ? Ya Tidak 56. Tibi Miliari ? Ya Tidak

57. Diagnosa Penuh (nyatakan):



K. PERIHAL EPISOD TIBI SEMASA (Sambungan...)

58. Tempat Membuat Diagnosa:

- Swasta
 Hospital Kerajaan
 Poliklinik Masyarakat
 Klinik Desa

59. Tempat Memulakan Rawatan:

- Swasta
 Hospital Kerajaan
 Poliklinik Masyarakat
 Klinik Desa

60. Tarikh Rawatan Dimulakan: / /
hari bulan tahun

61. i. Regim Rawatan Fasa Intensif:

- 2SHRZ
 2EHRZ
 2HRZ
 Lain-lain, nyatakan:

ii. Cadangan Regim Rawatan Fasa Sambungan

- 4H₂R₂ 4H₃R₃
 4S₂H₂R₂ 4S₃H₃R₃
 4HR Lain-lain, nyatakan:

62. Nama dan Tandatangan Doktor:

L. RAWATAN TIBI EPISOD DAHULU (Bagi Kes Berulang, Terhenti Rawatan dan Gagal Rawatan)

63. Nama dan Alamat Pusat Rawatan Dahulu:

64. Tarikh Rawatan Dimulakan: 65. Tarikh Rawatan Berakhir:

66. Tempoh Rawatan: * minggu/bulan (*potong mana yang tidak berkenaan)

67. No. Daftar Tibi Dahulu:

M. SENARAI KONTAK YANG TELAH DIPERIKSA (Sila gunakan lampiran jika ruangan tidak mencukupi)

Bil	68. Nama	69. Jantina	70. Umur	71. Alamat Semasa	72. Hubungan	73. Keputusan
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

N. PELAPOR

74. Nama Pelapor:

75. Tandatangan dan Cop Jawatan

76. Cop Pusat Rawatan

77. Tarikh: / /
hari bulan tahun