



BORANG PEMERIKSAAN KESIHATAN (PELAJAR TEMPATAN)

(Sila serahkan di kaunter Pusat Kesihatan Universiti)

PROGRAM

--

KOD PROGRAM

--	--	--

NO MATRIK

--	--	--	--	--	--	--	--

PEMERIKSAAN DOKTOR UNTUK MENGIKUTI PROGRAM PENGAJIAN DI UNIVERSITI TUN HUSSEIN ONN MALAYSIA

- i. Anda hendaklah menjawab **SEMUA SOALAN** di **BAHAGIAN I** dan **BAHAGIAN II** sebelum menyerahkan borang ini kepada doktor yang memeriksa anda.
- ii. Jika didapati keterangan anda palsu atau anda sengaja tidak memberikan keterangan, **pihak Universiti berhak menarik balik penawaran daripada mengikuti program pengajian di Universiti ini.**
- iii. Untuk **BAHAGIAN III**, anda diwajibkan membuat pemeriksaan Kesihatan di Pusat Kesihatan Universiti, UTHM dalam tempoh 6 bulan selepas tamat Program Minggu Haluan Siswa. Kegagalan berbuat demikian akan menjejaskan urusan akademik anda.
- iv. Universiti tidak akan menanggung sebarang bayaran yang dikenakan untuk pemeriksaan dan ujian ini.
- v. Tempoh sah pemeriksaan kesihatan dan x-ray dada adalah dalam masa enam (6) bulan dari tarikh ditandatangani oleh Pegawai Perubatan.

BAHAGIAN I : MAKLUMAT PERIBADI

(untuk dilengkapi oleh pelajar)

Nama Penuh	
No Kad Pengenalan	
Jantina	
Nama Bapa/ Ibu/ Penjaga	
Alamat Tetap	
No Telefon	
Bangsa	
Agama	
Status Perkahwinan	
Alamat Emel	

BAHAGIAN II: PERAKUAN KESIHATAN DIRI*(sila tandakan (/) pada ruang yang berkenaan)***A. SARINGAN PENYAKIT KRONIK**

Adakah anda pernah menghidap atau menerima rawatan bagi penyakit- penyakit berikut:

Bil.	PENYAKIT	YA	TIDAK	JIKA YA, BERIKAN ULASAN
1.	Lelah / Semput (Asthma)			
2.	Batuk Kering / Tuberkulosis (TB)			
3.	Penyakit Jantung (Heart Disease)			
4.	Tekanan Darah Tinggi (Hypertension)			
5.	Kencing Manis (Diabetes Mellitus)			
6.	Penyakit Buah Pinggang (Chronic Kidney Disease)			
7.	Sawan (Epilepsy)			
8.	Penyakit Psikiatri (Psychiatric Illness)			
9.	Kecacatan Anggota / OKU <i>(jika ya, sila lampirkan dokumen sokongan)</i>			
10.	Barah (Cancer)			
11.	Penyakit Kulit Kronik (Chronic Skin Condition)			
12.	Alahan Ubat (Drug Allergy)			
13.	Merokok/ Mengewap Vape (Smoking/Vaping)			
14.	Lain-Lain Penyakit Yang Mudarat (Other Chronic Illness)			

B. SARINGAN TUBERKULOSIS (TB)

Adakah anda mempunyai gejala berikut dalam tempoh masa sebulan yang lepas?

Bil.	GEJALA	YA	TIDAK
1.	Batuk Berpanjangan		
2.	Berpeluh Malam		
3.	Hilang Selera Makan		
4.	Susut Berat Badan		
5.	Batuk Berdarah		
6.	Kontak Rapat Pesakit TB		

C. SARINGAN JANGKITAN PENYAKIT KELAMIN

Bahagian ini hendaklah diisi di hadapan Pegawai Perubatan yang memeriksa anda. Segala maklumat yang diberikan adalah rahsia dan sulit.

Bil.	SOALAN	YA	TIDAK
1.	Adakah anda kini atau pernah mengalami mana-mana gejala berikut: lelehan bernanah atau berbau dari kemaluan, luka atau ulser pada kawasan kemaluan, atau sakit semasa membuang air kecil?		
2.	Adakah anda pernah melakukan hubungan seksual?		
3.	Dalam tempoh 12 bulan yang lalu, adakah anda mempunyai pasangan seksual baharu atau lebih daripada seorang pasangan?		
4.	Pernahkan anda didiagnosis dengan jangkitan kelamin seperti HIV, sifilis, gonorea atau klamidia?		
5.	Adakah anda merasakan diri anda atau pasangan anda berisiko dijangkiti HIV atau jangkitan kelamin?		

D. PERAKUAN

Saya dengan ini memperakui bahawa semua maklumat yang diberikan di atas adalah lengkap, tepat dan benar.

Tarikh :

Tandatangan :

BAHAGIAN III : LAPORAN PEMERIKSAAN DOKTOR*(untuk dilengkapkan oleh pegawai perubatan)*

Tinggi :	Berat :	BMI:	Pemeriksaan Gigi :	SIHAT / TIDAK	
Tekanan Darah :		Nadi :	Pemeriksaan Telinga:	NORMAL/ABNORMAL	
Ujian Penglihatan	Mata Kanan		Mata Kiri		Penglihatan Warna (Menggunakan Ishihara Chart)
	Dengan Kaca Mata		Dengan Kaca Mata		Normal
	Tanpa Kaca Mata		Tanpa Kaca Mata		Tidak Normal
Sistem Pernafasan :					
Sistem Kardiovaskular :					
Abdomen :					
Sistem Saraf & Muskuloskeletal :					
*X – Ray Dada (<i>Sekiranya perlu sahaja</i>) :					
*Pemeriksaan Air Kencing (<i>Sila lampirkan laporan perubatan</i>) :					
1. FEME :					
2. DADAH (<i>Sekiranya perlu sahaja</i>) :					
- Morfin					
- Kanabis					
- Amphetamin					
- Methamphetamin					

Ulasan berkaitan rawatan lanjut (*jika ada, sila lampirkan laporan perubatan*) :

.....

.....

.....

.....

Saya mengaku bahawa saya telah memeriksa Encik / Puan / Cik

Saya dapati beliau dalam keadaan **SIHAT / TIDAK SIHAT dan LAYAK / TIDAK LAYAK *** untuk mengikuti pengajian di Universiti Tun Hussein Onn Malaysia. (Tertakluk kepada catatan ruangan ulasan di atas)**potong yang mana tidak berkenaan*

Tarikh :

Tandatangan :

Nama :

Jawatan :

(Cop Rasmi)