

BORANG NOTIFIKASI KERACUNAN METANOL

Daerah: _____

Tarikh Notifikasi: _____

Laporan dari Klinik Kesihatan / Klinik Swasta/ Hospital: _____

Tel: _____ Faks: _____ Emel: _____

Nama pesakit: _____

Alamat Tempat Tinggal Pesakit: _____

Alamat Tempat Bekerja: _____

No. Telefon rakan / ahli keluarga pesakit: _____

No. Telefon majikan pesakit: _____

No. Kad Pengenalan / No. Paspot: _____

Umur: _____ Jantina: _____ Etnik: Melayu / Cina / India / Lain-lain : _____ (nyatakan)

Kewarganegaraan: _____

Tarikh onset: _____

Sila tandakan (/) pada tanda-tanda klinikal di kotak yang berkenaan.

☐	Mati (BID): Tarikh _____
☐	Sakit perut
☐	Muntah
☐	Kabur penglihatan/ buta
☐	Sawan
☐	Kurang sedar / tidak sedar
☐	Lain-lain (Nyatakan): _____

Keputusan makmal

Keputusan makmal & Tarikh ujian (jika ada)

1. Arteri pH: _____
2. Serum Bicarbonate (HCO_3): _____
3. Serum Methanol: _____
4. Serum Ethanol: _____
5. Urine Ethanol: _____
6. Urine Methanol: _____
7. Serum creatinine: _____
8. Serum Urea/ Sodium Potassium: _____

Adakah pesakit mengambil Minuman Beralkohol dalam masa lima hari yang lepas:

Jika ya, nyatakan tarikh terakhir minum: _____

Kuantiti: _____ ml

Jenis minuman: _____

Jenama: _____

Alamat tempat pesakit minum minuman beralkohol: _____

Alamat tempat pesakit membeli minuman beralkohol: _____

Bilangan rakan / keluarga yang minum bersama: _____

Adakah minuman beralkohol dicampur dengan bahan lain seperti: (redbull / spirit / estasy, dll):

☐ Ya ☐ Tidak

Jika ya, nyatakan bahan tersebut: _____

Baki minuman dihantar ke makmal: Ya ☐ (Tarikh: _____) Tidak ☐

Diagnosis: _____ Tarikh diagnosis: _____

Status pesakit: A&E / Wad/ ICU

Nama pegawai yang mendiagnosa: _____ Jawatan: _____

Nama pegawai yang melaporkan: _____

Jawatan: _____ Tandatangan: _____ Tarikh: _____

No. Telefon Pelapor: _____ Faks: _____

Sila fakskan borang ini dalam masa 24 jam kepada Pejabat Kesihatan Daerah berdekatan.