

KEPADA
DARIPADA

PEJABAT KESIHATAN DAERAH :
KLINIK/HOSPITAL :

BORANG NOTIFIKASI KES GIGITAN HAIWAN YANG MEMBAWA PENYAKIT RABIES

NAMA PESAKIT			UMUR	
JANTINA		BANGSA		
KAD PENGENALAN/PASPORT		NO TELEFON		
NAMA IBU/BAPA/PENJAGA				
ALAMAT SEMASA				
NO LAPORAN POLIS		NO PESAKIT LUAR		
JENIS HAIWAN				
SILA TANDAKAN ☒ DALAM KOTAK YANG SESUAI	☐ BERTUAN ☐ TIDAK BERTUAN ☐ BERLESEN ☐ TIDAK BERLESEN ☐ TIDAK DIKETAHUI			
TARIKH DIGIGIT		MASA		
KATEGORI GIGITAN	☐ Kategori 1: <i>Touching/feeding animal. Licking of intact skin.</i> ☐ Kategori 2: <i>Nibbling of uncovered skin. Superficial scratch, no bleeding. Licking of broken skin.</i> ☐ Kategori 3: <i>Bites/scratches which penetrate the skin and draw blood. Licking mucous membrane. Multiple bites. Any wild animals bite.</i>			
TEMPAT KEJADIAN				
TARIKH RAWATAN		MASA		
JENIS RAWATAN	☐ VAKSIN RABIES (Jenis & dos diberi:) ☐ RABIES IV IMMUNOGLOBULIN ☐ RAWATAN LAIN :			
NAMA PEGAWAI PERUBATAN				
KES DIRAWAT SEBAGAI	☐ PESAKIT LUAR ☐ DIMASUKKAN KE WAD			
ALAMAT HOSPITAL/KLINIK				

*Borang ini hendaklah diisi oleh pengamal perubatan yang menguruskan kes gigitan anjing/haiwan liar (bagi setiap kes) dan dihantar ke Pejabat Kesihatan Daerah yang terdekat.