



**BAHAGIAN KAWALAN PENYAKIT
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
BORANG SIASATAN KES BRUCELLOSIS**

Daerah :
Negeri :
Tarikh Siasatan :

A. DATA DEMOGRAFI

1. Nama : _____
2. Umur : _____
3. Jantina ☐ Lelaki ☐ Perempuan
4. No. ID (S/B, K/P, Passport): _____
5. Etnik : _____
6. Kewarganegaraan: _____
7. No. Tel : _____
8. Alamat Rumah : _____
9. Pekerjaan : _____
10. Alamat Tempat Kerja/ Sekolah* : _____

*jika berkenaan

B. RIWAYAT KLINIKAL

11. Tarikh onset : _____
12. Tarikh masuk wad* : _____ Hospital: _____ RN: _____
13. Simptom & gejala klinikal: (Tandakan yang berkaitan)

Simptom:

- ☐ Demam
- ☐ Berpeluh
- ☐ *Malaise*
- ☐ Sakit kepala
- ☐ *arthralgia/ joint pain*
- ☐ sakit badan/otot
- ☐ Muntah
- ☐ *Diarrhea*
- ☐ Berat badan menurun
- ☐ Anorexia
- ☐ Lain-lain, nyatakan: _____

Gejala Klinikal:

- ☐
- ☐
- ☐
- Lain-lain, nyatakan: _____

14. Adakah kes ini berkaitan dengan wabak ? ☐ Ya ☐ Tidak ☐ Tidak diketahui
 15. Ujian Diagnostik makmal:

Nama Ujian	Tarikh Persampelan	Nama Makmal	Keputusan	Catatan
Culture				
PCR				
ELISA				
SAT				
Coomb's test				

16. Adakah pesakit dirawat dengan antibiotik ? ☐ Ya ☐ Tidak

17. Status Pesakit: ☐ Sedang dirawat ☐ Sembuh ☐ Mati

Tarikh Keluar wad*: _____
 Tarikh mati* : _____
 *jika berkenaan

C. FAKTOR RISIKO

18. Adakah jangkitan ini berkaitan dengan pekerjaan ? ☐ Ya ☐ Tidak
 Jika ya, nyatakan kaitan pendedahan bidang pekerjaan: _____

19. Adakah jangkitan ini berkaitan dengan pengambilan makanan/ minuman tenusu contohnya susu/ makanan tenusu yang tidak dipasteurize?
☐ Ya ☐ Tidak

Jenis makanan : _____
 Alamat pengilang/ penjual : _____

20. Adakah jangkitan ini berkaitan hubungan langsung (*direct contact*) dengan haiwan?

☐ Ya ☐ Tidak

Jika ya, nyatakan jenis haiwan dan kaitan bagaimana pesakit mendapat jangkitan daripada :

Haiwan : _____
 Tempat : _____

23. Lain-lain maklumat yang berkaitan dengan risiko jangkitan, nyatakan:

24. Adakah anda mengenali sesiapa yang mempunyai simptom yang serupa ?

☐ Ya ☐ Tidak ☐ Tidak diketahui

Jika ya, senaraikan:

Nama	Hubungan	No. Tel	Catatan

(Guna lampiran yang lain sekiranya ruangan tidak cukup)

D. KOMEN/ TINDAKAN SUSULAN

Komen Pegawai Penyiasat:

--

Tandatangan & cop :

Nama penyiasat : _____

Jawatan : _____

No. Tel : (Pej) _____

(HP) _____

Tarikh : _____

Komen PPKP Kanan / Pegawai Kesihatan Daerah

--

Tandatangan & cop :

Nama Pegawai : _____

Jawatan : _____

No. Tel : (Pej) _____

(HP) _____

Tarikh : _____

CARTA ALIR PENGENDALIAN NOTIFIKASI KES/ WABAK BRUCELLOSIS

