

PELAN KONTIGENSI JABATAN PATOLOGI SEMASA BCP ON

1. Hanya ujian makmal yang disenaraikan sahaja akan diproses (seperti dilampiran)
2. Semua permintaan ujian makmal adalah secara manual menggunakan:

Borang PER-PAT 301 (butiran yang perlu diisi)

- Nama Pesakit, No. KP (penuh), No. MRN, Wad/ Klinik , Jenis Ujian, Tanda Tangan & Cop Doktor

Test Tube/ Container (butiran yang perlu diisi)

- Nama Pesakit & No. KP (penuh)

3. Keputusan ujian makmal akan dicetak dan diletakkan dalam 'pigeon hole' wad/ klinik berkenaan yang berada di Kaunter Makmal Integrasi, Jabatan Patologi
4. Sekiranya ada **ujian segera** yang diperlukan selain daripada senarai ujian seperti di lampiran, bolehlah menghubungi Pakar Patologi Klinikal On-Call yang bertugas.

SENARAI UJIAN YANG DITAWARKAN SEMASA BCP ON

BIL	UJIAN
	PATOLOGI KIMIA
1	Acetaminophen (Paracetamol)
2	Ammonia
3	Amylase
4	Bilirubin (LSB-Paediatrik)
5	Blood Gas
6	BUSE/ Renal Profile
7	Calcium
8	CSF (Biochemistry)
9	Glucose
10	Lactate
11	Paraquat
12	Salicylate
13	Troponin T
14	Urine FEME (i.e, Urinalysis)
15	Urine Pregnancy Test (UPT)
	HEMATOLOGI
16	Full Blood Count (FBC)
17	Coagulation (PT/aPTT/ Fibrinogen)
18	ESR
	MIKROBIOLOGI
19	CSF (Mikrobiologi)
20	Blood Film for Malaria Parasite (BFMP)
21	Dengue Combo
22	Urgent Gram Stain
23	Organ Donation Tests
24	Needle Stick Injury Tests
25	Culture Samples Can Be Sent But Will Be Processed Accordingly (Day Time)



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
PERKHIDMATAN PATOLOGI

PER-PAT 301

HOSPITAL _____

UNTUK KEGUNAAN MAKMAL

LAB NO. _____

1. Nama :		2. No. Pendaftaran :																																																											
3. No. K/P :		4. Jantina : ☐ Lelaki ☐ Perempuan																																																											
5. Umur :	6. Keturunan :	7. Wad / Klinik :																																																											
8. Tarikh Masuk Wad :	9. Pekerjaan :	10. Taraf Perkahwinan :	11. ☐ Bayar ☐ Percuma																																																										
12. No. Laporan Dahulu :		13. Butiran Penting																																																											
14. Ringkasan Klinikal, Penemuan Pembedahan dan Riwayat Keluarga :		Ya Tidak																																																											
		Jaundice ☐ ☐																																																											
		Lymphadenopathy ☐ ☐																																																											
		Hepatomegaly ☐ ☐																																																											
		Splenomegaly ☐ ☐																																																											
		Bleeding Tendency ☐ ☐																																																											
		H/O Transfusion ☐ ☐																																																											
		Haematinics _____																																																											

		Drug / Chemical History																																																											

		Data Makmal Terdahulu																																																											
		Hb _____																																																											
		Platelet _____																																																											
		TWDC _____																																																											
15. Diagnosis :																																																													
16. Kategori Permohonan/Jenis Ujian :																																																													
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>Patologi Kimia</td><td>☐</td></tr><tr><td>B. Sugar</td><td>☐</td></tr><tr><td>B. Urea</td><td>☐</td></tr><tr><td>S. Elec</td><td>☐</td></tr><tr><td>B. Gases</td><td>☐</td></tr><tr><td>S. Billirubin</td><td>☐</td></tr><tr><td>LFT</td><td>☐</td></tr><tr><td>Se. Creatinine</td><td>☐</td></tr></table>	Patologi Kimia	☐	B. Sugar	☐	B. Urea	☐	S. Elec	☐	B. Gases	☐	S. Billirubin	☐	LFT	☐	Se. Creatinine	☐	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>Klinikal</td><td>☐</td></tr><tr><td>Bld. Count</td><td>☐</td></tr><tr><td>ESR</td><td>☐</td></tr><tr><td>BFMP</td><td>☐</td></tr><tr><td>U. Sugar</td><td>☐</td></tr><tr><td>U. Alb.</td><td>☐</td></tr><tr><td>U. ME</td><td>☐</td></tr><tr><td>Stool ME</td><td>☐</td></tr></table>	Klinikal	☐	Bld. Count	☐	ESR	☐	BFMP	☐	U. Sugar	☐	U. Alb.	☐	U. ME	☐	Stool ME	☐	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>Hematologi</td><td>☐</td></tr><tr><td>PBP</td><td>☐</td></tr><tr><td>BM Asp.</td><td>☐</td></tr><tr><td>Hb Analysis</td><td>☐</td></tr><tr><td>Coagulation</td><td>☐</td></tr></table>	Hematologi	☐	PBP	☐	BM Asp.	☐	Hb Analysis	☐	Coagulation	☐	<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td>Histo/Saitologi</td><td>☐</td></tr><tr><td>Specimen</td><td>☐</td></tr><tr><td> </td><td>☐</td></tr><tr><td> </td><td>☐</td></tr><tr><td> </td><td>☐</td></tr><tr><td> </td><td>☐</td></tr><tr><td> </td><td>☐</td></tr><tr><td> </td><td>☐</td></tr></table>	Histo/Saitologi	☐	Specimen	☐		☐		☐		☐		☐		☐		☐
Patologi Kimia	☐																																																												
B. Sugar	☐																																																												
B. Urea	☐																																																												
S. Elec	☐																																																												
B. Gases	☐																																																												
S. Billirubin	☐																																																												
LFT	☐																																																												
Se. Creatinine	☐																																																												
Klinikal	☐																																																												
Bld. Count	☐																																																												
ESR	☐																																																												
BFMP	☐																																																												
U. Sugar	☐																																																												
U. Alb.	☐																																																												
U. ME	☐																																																												
Stool ME	☐																																																												
Hematologi	☐																																																												
PBP	☐																																																												
BM Asp.	☐																																																												
Hb Analysis	☐																																																												
Coagulation	☐																																																												
Histo/Saitologi	☐																																																												
Specimen	☐																																																												
	☐																																																												
	☐																																																												
	☐																																																												
	☐																																																												
	☐																																																												
	☐																																																												
<table border="1" style="width:100%; border-collapse: collapse;"><tr><td colspan="2">Mikro/Immunologi</td></tr><tr><td>Specimen</td><td>Ujian</td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr><tr><td> </td><td> </td></tr></table>				Mikro/Immunologi		Specimen	Ujian																																																						
Mikro/Immunologi																																																													
Specimen	Ujian																																																												
Lain-lain _____																																																													

17. Pengambilan Specimen: Tarikh : <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table> Masa <table border="1" style="display: inline-table; width: 100px; height: 20px; vertical-align: middle;"></table>																																																													
18. Nama Doktor : _____																																																													
19. Tarikh : _____																																																													
Tandatangan dan Cop Doktor																																																													



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
BORANG PERMOHONAN PEMERIKSAAN RADIOLOGI

PER.SS-RA301
(Pind1/2018)

HOSPITAL / KLINIK :

Bulatkan pada pilihan yang berkenaan.

MAKLUMAT PESAKIT										KEGUNAAN PEJABAT			
1. Nama Penuh (Huruf Besar)						2. No. Kad Pengenalan/ Pasport		Waktu Terima		Waktu Selesai	Juru X-Ray		
3. Alamat Kediaman						4. Tarikh Lahir [] / [] / [] Hari Bulan Tahun		Tarikh Pemeriksaan		No. Pemeriksaan			
6. No. Telefon		7. Etnik				8. Umur		Bilangan Filem					
9. No. Daftar Pesakit		10. Wad / Klinik / A&E / RH				11. Disiplin		Bilangan CD / DVD					
12. LMP (Jika berkaitan)						*13. Mengandung		Ya / Tidak		19. PAPARAN IMEJ			
14. Asma / Alahan / Reaksi Media Kontras (Nyatakan)						15. Mobile		Ya / Tidak		20. FAKTOR DEDAHAN			
16. Status Bayaran		Warganegara		Ya / Tidak		Penjawat Awam		Ya / Tidak		FPP			
17. Renal Function		Tarikh		Creatinine		eGFR		Tarikh		Masa			
18. PERKHIDMATAN										*22. MEDIA KONTRAS			
X-Ray Am	CT	MRI	US	Fluoro	Angio	IR	*MMG	BMD	*Media Imej	*Digitize Image	*Pelaporan		
Bahagian Pemeriksaan:										(Nyatakan Jika Berkaitan)			
										Jenama :			
										Isipadu Media Kontras : ml			
										KOMEN			
RINGKASAN KLINIKAL													
Tandatangan dan Cop Pakar / Pegawai Perubatan													
Tarikh / Masa :													

SENARAI DOS BERKESAN UNTUK PEMERIKSAAN RADIOLOGI
Sumber: Health Physics Society Fact Sheet 2010, UNSCEAR 2008 Report Vol.1 dan FA Mettler et al., Radiology
2008;248:254-63

Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)	Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)	Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)	Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)	Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)
Chest (AP)	0.02	1	Lumbar Spine (AP)	0.7	35	Mammogram (4views)	0.7	35	CT Thoracic Spine	6	300	CT Angio (Brain/Thorax/Abdomen/Extremities)	16.4	820
Extremities (2 views)	0.01	0.5	IVU / IVP (6 films)	2.5	125	Barium Swallow	1.5	75	CT Chest	8	400	Coronary Angiogram	4.60 – 15.80	230 – 790
Chest (LAT)	0.04	2	Dental (LAT)	0.02	1	Barium Enema	7	350	CT Lumbar Spine	3.3	165	Angioplasty (heart study)	7.50 – 57.00	375 – 2850
Skull (2 views)	0.04	2	Dental (panaromic)	0.09	4.5	HSG	1.2	60	CT Abdomen	10	500	Nota : Dos berkesan dalam jadual ini adalah nilai tipikal untuk pesakit dewasa bersaiz sederhana. Dos sebenar mungkin berbeza bergantung kepada saiz pesakit dan juga perbezaan dalam teknik pengimejan.		
Pelvis (AP)	0.7	35	DEXA (whole body)	0.0004	0.02	ERCP	4	200	CT Pelvis	10	500			
Cervical Spine	0.1	5	Hip	0.8	40	CT Head / Brain	2	100	CT Pulmonary Angio	18.2 – 19.5	910 – 975			
Thoracic Spine (AP)	0.4	20	Abdomen	1.2	60	CT Cervical Spine	1.5	75	CT Urography	4.5	225			

*13. Mengandung - Sila lengkapkan Borang Keizinan Pesakit Mengandung Atau Kemungkinan Hamil Menjalani Prosedur Radiologi

*22. Media Kontras - Sila lengkapkan Borang Keizinan Bagi Pesakit Menjalani Prosedur Radiologi Yang Memerlukan Suntikan Media Kontras.

*MMG - Sila lengkapkan Borang Soal Selidik MMG.

*Media Imej / Digitize Image / Pelaporan - Sila nyatakan sebab permohonan Media Imej / Digitize Image / Pelaporan di ruang Ringkasan Klinikal.

LAPORAN RADIOLOGI			
Nama Pesakit		No. Pemeriksaan	
Jenis Pemeriksaan		Tarikh Pemeriksaan	
Tandatangan dan Cop Pakar / Pegawai Perubatan Tarikh:			



HI/RAD/BK/17

(mukasurat 1)

**JABATAN PENGIMEJAN DIAGNOSTIK
HOSPITAL RAJA PERMAISURI BAINUN
30990, IPOH
Tel No. 05-2085000 Samb.5258/5259**

**BORANG ALAHAN / KEIZINAN UNTUK SUNTIKAN KONTRAS
CONSENT / ALLERGY FORM**

Nama pesakit: _____ No. K.P. : _____
No. Pendaftaran: _____ Wad/ Klinik: _____

Doctor requesting for Xray examinations which require intravascular contrast media administration must fill up this form.

Is your patient in the high risk group? _____

Blood urea:

Does he/she have

Yes? No? Counter Check

1.	Definite history of allergy e.g drugs,seafood			
2.	Asthma			
3.	Previous reaction to contrast media			
4.	Previous reaction to other drugs			
5.	Heart disease			
6.	Very ill / poor general health			
7.	Very old (> 65 years) or very young (< 6 months)			
8.	Dehydrated			
9.	Others			

If the answer is yes to any one, please review the indication for the examination.

Will any alternative imaging modality suffice?

Patient in group 1-4 will need steroid pre-treatment:

Tab. Prednisolone 40 mg 12 hours before the examination.

AND

Tab. Prednisolone 40 mg 2 hours before examination .

(Adult dosage quoted. Please reduce accordingly for paediatric cases)

IMPORTANT: THIS FORM MUST BE SIGNED BY THE REQUESTING DOCTOR

(Signature and full name of the requesting doctor)

Keizinan Pemeriksaan X-ray khas yang menggunakan suntikan kontras media

Dengan ini saya memberi keizinan bagi pihak diri sendiri/suami/ isteri/ anak/ anak jagaan/ahli keluarga saya untuk menjalani pemeriksaan X-ray yang memerlukan suntikan kontras media di mana tujuan, cara pemeriksaan dan komplikasi telah diterangkan kepada saya oleh

Dr. _____

1. I.V.U. 2. VENOGRAM 3. MYELOGRAM 3. HSG
4. C. T. SCAN. 5. Lain-lain

.....
Tandatangan Pesakit/Ibubapa/Penjaga

.....
Tandatangan saksi



(mukasurat 2)

JABATAN PENGIMEJAN DIAGNOSTIK
HOSPITAL RAJA PERMAISURI BAINUN ,
30990, IPOH
Tel No. 05-2085000 Samb.5258/5259

BORANG PERSETUJUAN PEMERIKSAAN X-RAY KHAS / INTERVENTIONAL

Nama Pesakit :

R / N :

Wad / Klinik :

Adalah saya Umur :

No. K / P : beralamat :

bersetuju untuk menjalani pemeriksaan x-ray ke atas

saya / anak saya / jagaan saya setelah tujuan dan cara pemeriksaan tersebut dijalankan,

diterangkan kepada saya oleh Dr. (nama)

Saya juga bersetuju dan membenarkan diberi ubat bius, media kontras dan apa jua yang

difikirkan perlu untuk pemeriksaan tersebut.

.....
(Nama & Tandatangan Pesakit / Ibubapa / Penjaga)

.....
(Nama & Tandatangan Peg. Perubatan)

.....
(Nama & Tandatangan Saksi)

JABATAN RADIOLOGI

HOSPITAL _____

Tel: _____ Ext: _____ / _____ or NGCS _____

BREAST IMAGING SURVEY FORM (Please fill in into two copies)

RN : _____ IC / Passport No : _____

Name : _____

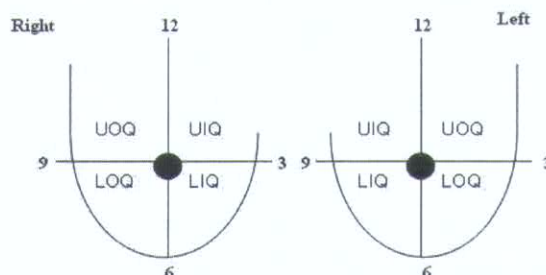
Request : ☐ Screening ☐ Diagnostic ☐ Additional Views

Previous imaging & date : _____

Menarche ☐ y/o Menopause ☐ y/o LMP / /
Day Month YearParity Number of children Breastfed (In months)

Risk Factors					Remarks
Family History of Cancer (Relationship & age of onset)					
Personal History of Cancer (Breast, Ovarian and others)					
Hormonal history (HRT/OCP and others)					
Genetic testing (BRCA 1, BRCA 2 and others)					
Clinical Data	Right		Left		Remarks
	Yes	No	Yes	No	
Breast pain / tenderness					
Lump in breast					
Nipple discharge					
Skin & nipple changes					
Nipple retraction / Inversion					
Axillary nodes swelling					
Biopsy history & HPE					
Previous surgical intervention (Surgery / Implant / RT / ChemoTx)					

Impression :

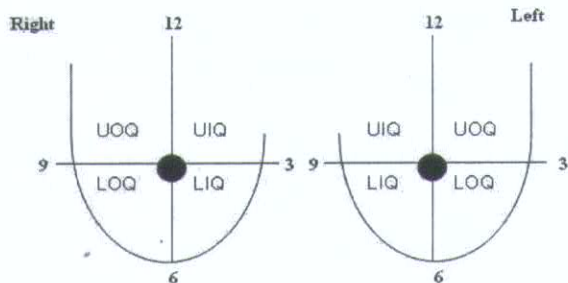


Signature & stamp of the Medical Officer/ Specialist

RADIOGRAPHER FINDINGS :-

Please note any:

Scar	
Mole	
Lump	
Nipple changes	
Skin Folds	



Projection		kVp	mAs	Thickness	Dose	No of images	PGMI score
Right	CC						
	MLO						
Left	CC						
	MLO						
Additional views							
Repeat projections							

BIRADS Breast composition :

a	b	c	d	e
---	---	---	---	---

RADIOLOGIST REPORT :-

(Signature of Radiographer)

Please tick (✓) where appropriate

Findings	RT	LT
Mass		
Architectural Distortion		
Asymmetrical density		
Calcifications :		
(i) Macro		
(ii) Micro		
Axillary nodes		
Others		

Impression :-

BIRADS Category :-

0	1	2	3	4	5	6
---	---	---	---	---	---	---

Recommendation :-

Signature & stamp of the Medical Officer/ Specialist

TO BE FILLED UP BY THE DOCTOR REQUESTING THE MRI EXAMINATION
MRI PROCEDURE SCREENING FORM FOR PATIENTS (MRI CHECKLIST)

Name : _____
Age : _____
No. IC : _____
Rn No. : _____

Ward/clinic : _____ kg
Weight: _____

MRI procedure involves the use of a very strong magnetic field that may be hazardous to individuals entering the MR system room if they have certain metallic, electronic, magnetic or mechanical implants, devices or objects.

Please indicate in the appropriate column whether patient has any of the following

NO.		No	Yes	Comments
1	Cardiac pacemaker			
2	Internal wires or electrodes/implantable defibrillator			
3	Heart valve prosthesis			
4	Coronary artery bypass clips (CABG)			
5	Aneurysm clip/any vascular clips/ Intracranial clips			
6	Metallic stent, filter or coil			
7	Shunt (spinal or intraventricular)			
8	Surgical staples, clips or metallic suture			
9	Vascular access port and/or catheter			
10	Biostimulator, neurostimulator system or TENs device			
11	Cochlear, otologic or any ear implant			
12	Hearing aid (to be removed before entering MR system)			
13	Dental implant, dentures, partial plates / braces			
14	Implantable pump (breast, penile, etc)			
15	Implanted drug infusion pump			
16	Magnetically-activated implant or device			
17	Other implant			
18	Bone / joint pin, screw, nail, wire, plate, etc			
19	Artificial limb or joint replacement or pins			
20	Any metallic fragment or foreign body especially eye			
21	Tattoo or permanent makeup			
22	IUCD, diaphragm or pessary			
23	Breathing problem or motion disorder			
24	Claustrophobia			
25	Any history of asthma, allergic reactions, respiratory disease or reaction to a contrast medium used for CT, MRI, or x-ray examination?			
26	Any allergies to medication or food? If yes, please list			
27	Urinary or bowel incontinence			
28	For female patients			

Date of last menstrual period ____/____/____
Pregnant If yes, _____ weeks
Breastfeeding No ☐ Yes ☐

If yes, please describe in detail and list all surgical procedures (date and type)

Blood urea _____ mmol/L
Serum creatinine _____ umol/L

I verified that I have clearly explained to the patient/parents/guardian about the procedure and indication of the MR examination.

Signature / Name and chop of medical officer/ Specialist
Date: ____/____/____

Signature / Name of radiographer on duty
Date: ____/____/____

IMPORTANT INSTRUCTIONS

Before entering the MR environment or MR system room, you must remove all metallic objects including hearing aids, dentures, partial plates, keys, beeper, cell phone, eyeglasses, hair pins, barrettes, jewelry, body piercing jewelry, watch, safety pins, paperclips, money clip, credit cards, bank cards, magnetic strip cards, coins, pens, nail clipper, tools, clothing with metal fasteners, & clothing with metallic threads.

Please consult the MRI radiographer or radiologist if you have any question or concern BEFORE you enter the MR system room.



JABATAN PENGIMEJAN DIAGNOSTIK
HOSPITAL RAJA PEMAISURI BAINUN, IPOH
TEL: 05-2085000 samb 5299/5301

**BORANG PERSETUJUAN PEMERIKSAAN X-RAY / CT SCAN / MRI BAGI PESAKIT
YANG MENGANDUNG**

Request form incomplete - unable to give appointment.
Kindly provide relevant information.

Nama Pesakit:

No K.P. atau No. Pendaftaran:

Wad/Klinik:

Adalah saya.....beralamat:

bersetuju / tidak bersetuju memberi kebenaran untuk menjalani pemeriksaan

X-ray /CT SCAN / MRI ke atas diri saya /anak

jagaan / Isteri / ahli keluarga saya yang sedang mengandung setelah perkara berikut
diterangkan:

1) tujuan pemeriksaan

2) kemungkinan kesan sampingan radiasi /MRI

3) Langkah-langkah serta perlindungan radiasi yang diberikan kepada saya oleh

Dr.(nama) dari wad/klinik

.....
Nama dan tandatangan pesakit/
Waris /Penjaga

.....
Tandatangan dan Cop Pakar, Radiologi
Hospital RajaPemaisuri Bainun, Ipoh.



UNIT REKOD PERUBATAN (URP)
HOSPITAL RAJA PERMAISURI BAINUN, IPOH
PERMOHONAN PINJAMAN REKOD PERUBATAN PESAKIT (RPP)
TUJUAN : POMR / KAJIAN / M&M / NNR
UNTUK PESAKIT DISCAJ SAHAJA

HRPB/REK/BK/15(Pin.2/20

MAKLUMAT PEMINJAM / PEMOHON			
NAMA		NO. K/PENGENALAN	
AWATAN		JABATAN / KLINIK / WAD	
TEL. PEJABAT		TEL. BIMBIT	
NO. PENDAFTARAN CRC HRPB		TARIKH DIPERLUKAN RPP	
TANDATANGAN & COP PEMOHON		TARIKH MOHON	

MAKLUMAT REKOD PINJAMAN						KEGUNAAN	
NRN / MRN	NAMA	NO. KAD PENGENALAN	TUJUAN	"OLD NOTE" "D.O.A" YANG DIKEHENDAKI	CATATAN	RPP	X-R

JUMLAH REKOD DIPINJAM :

TARIKH REKOD DIPULANGKAN :

PERHATIAN :

*TEMPOH PINJAMAN ADALAH 2 HARI SAHAJA

1. Pemohon diminta mengisi borang dengan **Lengkap**.
2. Borang pinjaman perlu **DIHANTAR SEKURANG-KURANGNYA 3 HARI SEBELUM RPP / X-RAY** diperlukan.
3. **RPP/X-RAY HANYA BOLEH DIBACA DI URP. SEKIRANYA RPP/X-RAY INGIN DIBAWA KELUAR DARI URP, PEMOHON PERLU MEMBUAT SURAT PERMOHONAN DAN MENDAPAT KELULUSAN PENGARAH HOSPITAL**
4. Pemohon **BERTANGGUNGJAWAB MENGAMBIL & MEMULANGKAN RPP/X-RAY** yang di pinjam dalam tempoh 2 hari bekerja dari tarikh pinjaman atau memperbaharui tarikh pinjaman.
5. Sebarang **KEHILANGAN ADALAH TANGGUNGJAWAB PEMOHON** dan perlu dilaporkan ke Unit Rekod Perubatan serta pihak polis.

PERAKUAN :

Saya akan menjaga kerahsiaan & keselamatan semua Rekod Perubatan Pesakit yang dipinjam & tidak akan menyerahkannya kepada pihak lain. Sebarang kehilangan / kerosakan adalah **TANGGUNGJAWAB SAYA**.

Perakuan Ketua Jabatan:

Kelulusan Pengarah Hospital:

Diambil Oleh :

Tandatangan & Cop Ketua Jab.

Tandatangan & Cop Pengarah Hosp.

(Tandatangan & Cop Pemohon)

Tarikh :

Tarikh :

Tarikh :

WARD DIET ORDER

(Med. 33)

Ward No. _____

Date _____

Asiatic Diets		No.	Ward Statement				
			Chinese	Indians	Malays	Others	Total
IA Chinese Full							
IB Indian Full							
IC Malay Full							
II Vegetarian Northern Indian Brahmin	}	Remained					
		Admitted					
		Total					
III Light		Discharged					
IV Soft		Absconded					
V Milk		Ward Transfer					
VI Kanji		Died					
VIA Diabetic 50 grms. (1006 cal.)		Remaining					
VIB Diabetic 200 grms. (1600 cal.)							
VII High Proteins		Extras:					
VIII Typhoid		Please supply the following extras—					
IX (Keep as spare)		Children	No. of Children	Extra Eggs	Extra Milk		
X T.B.							
I Children 1-3							
II Children 4-6							
III Children 7-9							
Undieted		1st Class Asiatic	No. of Patients	Article	Quantity		
Total							
2nd Class		2nd Class A					
1st Class							

Hospital Assistant/Nurse

NOTE.—Where 1st and 2nd Class diets appear in the diet order, they should appear under the appropriate 3rd Class diet and also in the appropriate class for the purpose of including the extras.

L-J.P.N., K.I.

WARD DIET ORDER

(Med. 33)

Ward No. _____

Date _____

Asiatic Diets		No.	Ward Statement				
			Chinese	Indians	Malays	Others	Total
IA Chinese Full							
IB Indian Full							
IC Malay Full							
II Vegetarian Northern Indian Brahmin	}	Remained					
		Admitted					
		Total					
III Light		Discharged					
IV Soft		Absconded					
V Milk		Ward Transfer					
VI Kanji		Died					
VIA Diabetic 50 grms. (1006 cal.)		Remaining					
VIB Diabetic 200 grms. (1600 cal.)							
VII High Proteins		Extras:					
VIII Typhoid		Please supply the following extras—					
IX (Keep as spare)		Children	No. of Children	Extra Eggs	Extra Milk		
X T.B.							
I Children 1-3							
II Children 4-6							
III Children 7-9							
Undieted		1st Class Asiatic	No. of Patients	Article	Quantity		
Total							
2nd Class		2nd Class A					
1st Class							

Hospital Assistant/Nurse

NOTE.—Where 1st and 2nd Class diets appear in the diet order, they should appear under the appropriate 3rd Class diet and also in the appropriate class for the purpose of including the extras.

L-J.P.N., K.I.

BORANG PESANAN MAKANAN KAKITANGAN PARAMEDIK DEWAN BEDAH

[illegible]

.....

Tarikh :

DEWAN BEDAH : _____
Tarikh : _____
Hari : _____

Tandatangan : Tarikh :
 Nama Ketua Jururawat / :
 Pen. Peg. Perubatan

UNIT REKOD PERUBATAN HOSPITAL RAJA PERMAISURI BAINUN, IPOH
PERMOHONAN PINJAMAN X-RAY/MRI/CT SCAN
(REQUEST FOR FILED OLD X-RAY)



Tarikh Penghantaran X-Ray/MRI/CT Scan ke Unit Rekod Perubatan :

RN/MRN Dikehendaki	Nama Pesakit	No. Kad Pengenalan Penuh	Tarikh/Tahun X-Ray/MRI/ CT Scan	Wad/Unit yang Memohon	No. X- Ray/MRI/ CT Scan

Diambil Oleh :

Diluluskan Oleh :

T/Tangan & Cop Nama Pemohon

Tarikh :

Tarikh :

T/Tangan & Cop Nama Anggota

Perhatian :

- i) Pemohon diminta penuhi maklumat dengan lengkap dan tepat.
- ii) Pemohon mesti menjaga kerahsiaan dan keselamatan semua X-Ray/MRI/CT Scan yang dipinjam dan tidak menyerahkannya kepada pihak lain.
- iii) Pemohon adalah bertanggungjawab memulangkan X-Ray/MRI/CT Scan dalam tempoh 14 hari dari tarikh pinjaman atau minta diperbaharui tarikh pinjaman.
- iv) Sebarang kehilangan adalah tanggungjawab pemohon dan perlu dilaporkan kepada Unit Rekod Perubatan Hospital Raja Permaisuri Bainun, Ipoh serta pihak polis dalam tempoh 24 jam.

Tarikh Dikeluarkan :

Kegunaan Unit Rekod Perubatan	
*Tandakan	
Filem X-Ray/MRI/CT Scan	☐ ADA ☐ TIADA

Tarikh Dikembalikan :

UNIT REKOD PERUBATAN HOSPITAL RAJA PERMAISURI BAINUN, IPOH
PERMOHONAN PINJAMAN X-RAY/MRI/CT SCAN
(REQUEST FOR FILED OLD X-RAY)



Tarikh Penghantaran X-Ray/MRI/CT Scan ke Unit Rekod Perubatan :

RN/MRN Dikehendaki	Nama Pesakit	No. Kad Pengenalan Penuh	Tarikh/Tahun X-Ray/MRI/ CT Scan	Wad/Unit yang Memohon	No. X- Ray/MRI/ CT Scan

Diambil Oleh :

Diluluskan Oleh :

T/Tangan & Cop Nama Pemohon

Tarikh :

Tarikh :

T/Tangan & Cop Nama Anggota

Perhatian :

- i) Pemohon diminta penuhi maklumat dengan lengkap dan tepat.
- ii) Pemohon mesti menjaga kerahsiaan dan keselamatan semua X-Ray/MRI/CT Scan yang dipinjam dan tidak menyerahkannya kepada pihak lain.
- iii) Pemohon adalah bertanggungjawab memulangkan X-Ray/MRI/CT Scan dalam tempoh 14 hari dari tarikh pinjaman atau minta diperbaharui tarikh pinjaman.
- iv) Sebarang kehilangan adalah tanggungjawab pemohon dan perlu dilaporkan kepada Unit Rekod Perubatan Hospital Raja Permaisuri Bainun, Ipoh serta pihak polis dalam tempoh 24 jam.

Tarikh Dikeluarkan :

Kegunaan Unit Rekod Perubatan	
*Tandakan	
Filem X-Ray/MRI/CT Scan	☐ ADA ☐ TIADA

Tarikh Dikembalikan :



UNIT REKOD PERUBATAN HOSPITAL RAJA PERMAISURI BAINUN, IPOH
PERMOHONAN PINJAMAN REKOD PERUBATAN PESAKIT (RPP)
(REQUEST FOR PATIENT'S HEALTH RECORD)

* FOR ADMISSION ONLY *

RPP Surgical / Medical :

RN/MRN Dikehendaki	Nama Pesakit	No. Kad Pengenalan Penuh	Tarikh Masuk Wad	Wad/Unit yang Memohon	Tarikh RPP yang Dikehendaki

.....
/Tangan & Cop Nama Pemohon

Diambil Oleh :

Diluluskan Oleh :

Tarikh :

Tarikh :

.....
/Tangan & Cop Nama Anggota

Perhatian :

- Pemohon diminta penuh maklumat dengan lengkap dan tepat.
- Pemohon mesti menjaga kerahsiaan dan keselamatan semua Rekod Perubatan Pesakit yang dipinjam dan tidak menyerahkannya kepada pihak lain.
- Pemohon adalah bertanggungjawab memulangkan Rekod Perubatan Pesakit/X-Ray dalam tempoh 14 hari dari tarikh pinjaman atau minta diperbaharui tarikh pinjaman.
- Sebarang kehilangan adalah tanggungjawab pemohon dan perlu dilaporkan kepada Unit Rekod Perubatan Hospital Raja Permaisuri Bainun, Ipoh serta pihak polis dalam tempoh 24 jam.

Tarikh Dikeluarkan :

Kegunaan Unit Rekod Perubatan	
	*Tandakan
Rekod Perubatan Pesakit (RPP)	☐ ADA ☐ TIADA
Filem X-Ray	☐ ADA ☐ TIADA

Tarikh Dikembalikan :



HI/REK/BK/01(Pin.2/2015)
UNIT REKOD PERUBATAN HOSPITAL RAJA PERMAISURI BAINUN, IPOH
PERMOHONAN PINJAMAN REKOD PERUBATAN PESAKIT (RPP)
(REQUEST FOR PATIENT'S HEALTH RECORD)

* FOR ADMISSION ONLY *

RPP Surgical / Medical :

RN/MRN Dikehendaki	Nama Pesakit	No. Kad Pengenalan Penuh	Tarikh Masuk Wad	Wad/Unit yang Memohon	Tarikh RPP yang Dikehendaki

.....
/Tangan & Cop Nama Pemohon

Diambil Oleh :

Diluluskan Oleh :

Tarikh :

Tarikh :

.....
/Tangan & Cop Nama Anggota

Perhatian :

- Pemohon diminta penuh maklumat dengan lengkap dan tepat.
- Pemohon mesti menjaga kerahsiaan dan keselamatan semua Rekod Perubatan Pesakit yang dipinjam dan tidak menyerahkannya kepada pihak lain.
- Pemohon adalah bertanggungjawab memulangkan Rekod Perubatan Pesakit/X-Ray dalam tempoh 14 hari dari tarikh pinjaman atau minta diperbaharui tarikh pinjaman.
- Sebarang kehilangan adalah tanggungjawab pemohon dan perlu dilaporkan kepada Unit Rekod Perubatan Hospital Raja Permaisuri Bainun, Ipoh serta pihak polis dalam tempoh 24 jam.

Tarikh Dikeluarkan :

Kegunaan Unit Rekod Perubatan	
	*Tandakan
Rekod Perubatan Pesakit (RPP)	☐ ADA ☐ TIADA
Filem X-Ray	☐ ADA ☐ TIADA

Tarikh Dikembalikan :