

 <p><b>UPM</b> UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA BERILMU BERBAKTI</p>	<p><b>HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH</b> <b>UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA</b> <b>Kod Dokumen: HSAAS/CMSSU/BR54</b></p>																				
<p><b>BORANG RUJUKAN BANTUAN PERUBATAN</b></p>																					
<p><b>A. BUTIRAN PESAKIT (Diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan)</b></p>																					
<p>Nama: _____ Tarikh Lahir: _____ Umur: _____</p> <p>No. KP/Sijil Kelahiran: _____ Jantina: _____ Agama: _____ Bangsa: _____</p> <p>Alamat Tempat Tinggal: _____</p> <p>_____</p> <p>No. Telefon Rumah/Bimbit: _____ No. Daftar Hospital (MRN): _____</p> <p>Tarikh Rawatan/Masuk Wad*: _____ Tarikh Dijangka Keluar Wad: _____</p> <p>Jabatan/Unit/Klinik/Wad*: _____ No. Telefon/Samb: _____</p> <p>Diagnosis*: _____</p> <p>_____</p> <p>Jenis Kes: <input type="checkbox"/> Kes Segera <input type="checkbox"/> Kes Biasa/Elektif</p>																					
<p><b>B. SENARAI SEMAK PERMOHONAN [Tandakan (✓) dalam petak yang berkenaan]</b></p>																					
<p><input type="checkbox"/> Surat Justifikasi berkaitan rawatan pesakit/prognosis penggunaan alatan (Letter Head UPM)</p> <p><input type="checkbox"/> 3 Sebut Harga daripada 3 syarikat yang berbeza *<b>Tandatangan Cap pengesahan pada sebut harga yang dipilih</b></p> <p><input type="checkbox"/> Cadangan atau jangkaan tarikh prosedur dijalankan/alatan digunakan .....</p>																					
<p><b>C. TUJUAN RUJUKAN [Tandakan (✓) dalam petak yang berkenaan]</b></p>																					
<table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/> Penilaian Biopsikosial</td> <td><input type="checkbox"/> Peralatan Perubatan</td> <td><input type="checkbox"/> Ubat-Ubatan</td> <td><input type="checkbox"/> Prostesis/Ortosis</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Jagaan &amp; Perlindungan</td> <td><input type="checkbox"/> Penempatan Institusi</td> <td><input type="checkbox"/> Mengesan Waris</td> <td><input type="checkbox"/> Implan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Perancangan Discaj</td> <td><input type="checkbox"/> Pinjaman Alatan</td> <td><input type="checkbox"/> Home Visit</td> <td></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/> Rundingcara Pendaftaran Kes Kurang Upaya</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"><input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan): _____</td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Penilaian Biopsikosial	<input type="checkbox"/> Peralatan Perubatan	<input type="checkbox"/> Ubat-Ubatan	<input type="checkbox"/> Prostesis/Ortosis	<input type="checkbox"/> Jagaan & Perlindungan	<input type="checkbox"/> Penempatan Institusi	<input type="checkbox"/> Mengesan Waris	<input type="checkbox"/> Implan	<input type="checkbox"/> Perancangan Discaj	<input type="checkbox"/> Pinjaman Alatan	<input type="checkbox"/> Home Visit		<input type="checkbox"/> Rundingcara Pendaftaran Kes Kurang Upaya				<input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan): _____			
<input type="checkbox"/> Penilaian Biopsikosial	<input type="checkbox"/> Peralatan Perubatan	<input type="checkbox"/> Ubat-Ubatan	<input type="checkbox"/> Prostesis/Ortosis																		
<input type="checkbox"/> Jagaan & Perlindungan	<input type="checkbox"/> Penempatan Institusi	<input type="checkbox"/> Mengesan Waris	<input type="checkbox"/> Implan																		
<input type="checkbox"/> Perancangan Discaj	<input type="checkbox"/> Pinjaman Alatan	<input type="checkbox"/> Home Visit																			
<input type="checkbox"/> Rundingcara Pendaftaran Kes Kurang Upaya																					
<input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan): _____																					
<p><b>D. MAKLUMAT TAMBAHAN OLEH PEGAWAI PERUBATAN/PAKAR PERUBATAN</b></p>																					
<p>Catatan (jika ada):</p> <p>_____</p> <p style="text-align: right;">(Tandatangan)</p> <p>Tarikh: _____</p> <p>Nama Penuh : _____</p> <p>Cap &amp; Jawatan : _____</p> <p>No. Telefon : _____</p> <p>Emel : _____</p>																					

## SULIT

### E. UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

Tarikh Terima Kes Rujukan :  
Tarikh Tindakan Diambil :

Catatan (jika ada):

---

---

---

---

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan)

Nama Penuh :  
Cap & Jawatan :  
Tarikh :

***\*Mohon semua maklumat ditulis dengan lengkap dan wajib diisi oleh Pegawai Perubatan/Pakar Perubatan***