



UPM
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
BERILMU BERBAKTI

HSAAS
HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
هُسْبَلَةُ سُلْطَانِ عبدِ العزِيزِ شَاه

memo

HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH (HSAAS) UPM
KOD DOKUMEN: HSAAS/CMSSU/DF02

MEMO PERMOHONAN PESARA PERSEKUTUAN		TARIKH:
Kepada	Unit Kaunseling Kerja Sosial Perubatan Hospital Sultan Abdul Aziz Shah (HSAAS) UPM	
Daripada		
Perkara	PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN (UBAT/ALAT/PERKHIDMATAN/ RAWATAN) UNTUK PESARA AWAM PERSEKUTUAN	

Assalamualaikum dan Salam Sejahtera.

Tuan/Puan,

Nama Pesakit : _____

MRN : _____

Diagnosis : _____

Nama Ubat/Alat : _____

SEKIRANYA PERMOHONAN ADALAH MELIBATKAN **UBAT**, MOHON ISI RUANGAN DI BAWAH:

<i>Dose & Frequency</i>	: _____										
<i>Duration of Treatment</i>	: <table border="0"> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td><i>One- Off Treatment</i></td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>3 Bulan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>6 Bulan</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>12 Bulan (Penggunaan Ubat Jangka Masa Panjang)</td> </tr> <tr> <td><input type="checkbox"/></td> <td>Lain-lain: _____</td> </tr> </table>	<input type="checkbox"/>	<i>One- Off Treatment</i>	<input type="checkbox"/>	3 Bulan	<input type="checkbox"/>	6 Bulan	<input type="checkbox"/>	12 Bulan (Penggunaan Ubat Jangka Masa Panjang)	<input type="checkbox"/>	Lain-lain: _____
<input type="checkbox"/>	<i>One- Off Treatment</i>										
<input type="checkbox"/>	3 Bulan										
<input type="checkbox"/>	6 Bulan										
<input type="checkbox"/>	12 Bulan (Penggunaan Ubat Jangka Masa Panjang)										
<input type="checkbox"/>	Lain-lain: _____										
Keperluan Segera	: <table border="0"> <tr> <td>Ya <input type="checkbox"/></td> <td>Tidak <input type="checkbox"/></td> </tr> </table>	Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>								
Ya <input type="checkbox"/>	Tidak <input type="checkbox"/>										
Jika ya, nyatakan sebab: _____											

Peringatan : Pihak tuan/puan adalah **bertanggungjawab sepenuhnya** untuk memastikan alatan yang dipohon **mempunyai sijil Medical Device Authority (MDA) dan Letter Of Authorization (LOA) yang sah**.

Sekian, terima kasih.

"MALAYSIA MADANI"

"BERILMU BERBAKTI"

Saya yang menjalankan amanah,

.....
Nama : _____
Cap & Jawatan : _____
No. Tel & Emel : _____
Tarikh : _____

*Sila pastikan Senarai Semak **LENGKAP** (Rujuk lampiran di halaman 2)

*Pastikan memo ini diisi secara **BERTAIP**

Senarai Semak (Tandakan ✓ pada yang berkaitan)

	Borang Perubatan 1/09
	Salinan Kad Pengenalan (IC) Pesara (Depan Belakang)
	Salinan Kad Pesara (Hanya kod pesara AP, AS, AT, AX, AZ, BP, BS, BT sahaja yang diterima) (Depan Belakang)
	Tiga (3) Sebut Harga Pembekal (Sila turunkan tandatangan pada sebut harga pilihan)
	Salinan Sijil Lahir Anak/Salinan IC Pasangan (jika pesakit adalah tanggungan pesara) (Depan Belakang)
	Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/Pengajian Tinggi (Jika berkaitan)
	Lain-lain dokumen yang berkaitan (Resit, invoice dll)

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

Diterima oleh:

.....
Nama :
Cap & Jawatan :
Tarikh :

CATATAN: