



**HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/NURS/SS21**

SENARAI SEMAK DISCAJ (WAD)

NAMA : _____ **NO. KATIL/WAD** : _____

RN : _____ **TARIKH & MASA DISCAJ** : _____

TARIKH KEMASUKAN: _____

Arahan: Sila Tandakan (v) pada kotak yang berkenaan mengikut kesesuaian.

BIL	PERINCIAN	YA	TIDAK	TIDAK BERKAITAN	CATATAN
1.	Arahan Pegawai Perubatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Bil dan ubatan terkini untuk discaj diselesaikan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
3.	Semak Sijil Cuti Sakit Lengkap dengan: 1. Nama penuh pesakit 2. No. Kad Pengenalan 3. Tarikh mula dan tamat cuti sakit 4. No Sijil dikeluarkan sama dengan salinan 5. Tempoh cuti sakit 6. Tandatangan dan Cap Pegawai Perubatan 7. Cap Wad	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
4.	Temujanji Rawatan Susulan sedia dan dimaklum sama ada ke : 1. HSAAS : Klinik atau Pusat Rawatan Harian 2. Klinik/ Pusat Kesihatan/ lain-lain Hospital berkaitan	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	TCA :
5.	Surat Rujukan: 1. Rujukan Perubatan 2. Rujukan Prosedur : _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
6.	Serahan : (Jika dikehendaki & berkaitan) 1. Filem Radiologi 2. Laporan Makmal/Radiologi 3. Borang Prosedur: _____ 4. Harta Benda Pesakit: _____ 5. Kad Temujanji	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	

BIL	PERINCIAN	YA	TIDAK	TIDAK BERKAITAN	CATATAN
7.	Pendidikan kesihatan (Jika berkaitan) 1. Ubat-ubatan 2. Diet 3. Penjagaan luka 4. Temujanji 5. Lain-lain berkaitan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
8.	Alatan/ bahan yang perlu ditanggalkan: 1. <i>Cannula</i> 2. <i>Wrist band</i> 3. Jahitan (yang berkaitan & jika perlu) 4. Plaster (yang berkaitan & jika perlu) 5. <i>Catheter Bladder Drainage</i> (CBD) 6. Lain-lain berkaitan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Lain-lain perkara: 1. Kembalikan pas menunggu 2. Kembalikan kerusi roda (<i>Loan</i>) kepada wad 3. Pastikan pesakit telah mengambil alatan dan barang peribadi dari simpanan wad termasuk ubatan POM(Patient Own Medication)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
HANYA UNTUK SEMAKAN JURURAWAT					
10	Kemaskini CENCUS/Sistem	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

**Dengan ini saya menerima segala dokumen yang dinyatakan seperti di atas dan akan bertanggungjawab sepenuhnya di atas kehilangan dokumen yang telah diserahkan.

Tandatangan & Cap JT Bertugas

Nama :
Jawatan :
Tarikh :

Tandatangan Pesakit & Waris

Nama :
No. KP :
Tarikh :