



**HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/NURS/SS22**

SENARAI SEMAK DISCAJ (O&G)

WARD : _____ **TARIKH & MASA DISCAJ :** _____

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

BIL	PERINCIAN	YA	TIDAK	TIDAK BERKAITAN	CATATAN
1.	Arahan Pegawai Perubatan dan maklumkan kepada pesakit/waris/keluarga.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.	Pastikan: 1. Lampiran E (Pengecualian bayaran)- penyakit berjangkit. 2. Bil Hospital diselesaikan 3. Ubat-ubatan diberikan kepada pesakit	<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"/>	
3.	Semak Sijil Cuti Sakit Lengkap dengan : 1. No Sijil dikeluarkan sama dengan salinan 2. Tarikh mula dan tamat cuti sakit 3. Nama penuh pesakit 4. No Kad Pengenalan 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 : Kad Temujanji 1. HSAAS: Klinik atau Wad 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 (Primary) TCA(Secondary)
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. Film Radiologi/Report Radiology 2. Lab Result /Lab Report 3. Borang Prosedur: _____ 4. Borang Kemasukan Wad Tarikh: _____ 5. Ringkasan Discaj	<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"/>	
7.	Prosedur Discaj ibu dan bayi: 1. Pastikan tag nama ibu dan bayi betul dan sama 2. Surat Akuan Bersalin (no.siri Surat Akuan Bersalin) 3. Kad ANC (buku merah) KIK 1(a)96 pinda 2012-perihal kemasukan dilengkapi & ditandatangani oleh doktor. 4. Rekod Kesihatan Bayi dan Kanak-Kanak (0-6 Tahun) Pindaan 02/2011. Dokumentasi imunisasi Hep B/BCG/vit K	<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"/>	

	5. <i>Home Base Card</i> -KIK 1/93P & KKK 1/93L- Dokumentasi imunisasi Hep B/BCG/vit K	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6. Borang Pengesahan Kelahiran - lengkap & bercap (no. siri Borang Pengesahan Kelahiran)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	I. Salinan Asal- kepada pesakit untuk ke JPN	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	II. Salinan kedua- ke Klinik Kesihatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	III. Salinan Ketiga- simpan BHT	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	7. Borang Daftar Kelahiran JPN (JPN.LM01)-lengkap bercap	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	8. Baby Discharge Declaration Form-semakan pengawal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

8.	Alatan/ bahan yang perlu ditanggalkan:				
	1. <i>Cannula</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. <i>Wrist band</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	3. Jahitan (yang berkaitan & jika perlu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	4. Plaster (yang berkaitan & jika perlu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	5. <i>Catheter Bladder Drainage</i> (CBD)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	6. Lain-lain berkaitan: _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
9.	Lain-lain perkara:				
	1. Kembalikan pas menunggu (Jika berkaitan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	2. Kembalikan kerusi roda (<i>Loan</i>) kepada wad	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	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"/>	
	4. Pendidikan Kesihatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	I. Pengambilan ubat-ubatan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	II. Penyusuan Susu Badan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	III. Pemakanan Seimbang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	IV. Penjagaan luka pembedahan/jahitan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	V. Penjagaan postnatal/senaman	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	VI. Rawatan Susulan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	VII. Datang segera ke hospital/klinik (Jika Kecemasan)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	VIII. Pamphlet -PSI/ Postnatal/ Family Planning/ Imunisasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	IX. Nasihat- Carta Gerakan Bayi (Jika Perlu)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
	X. Slip nasihat/penjagaan berkaitan penyakit - EOD BP/Suntikan Anticoagulant	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
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 terhadap kehilangan dokumen yang telah diserahkan.

Tandatangan & Cap JT Bertugas

 Nama :
 Jawatan :
 Tarikh :

Tandatangan Pesakit & Waris

 Nama :
 No. K/P :
 Tarikh :