

MAKLUMAT PERMULAAN RAWATAN PESAKIT TIBI

ARAHAN : Borang ini hendaklah dilengkapkan dan dihantar ke Pejabat Kesihatan Daerah terdekat dalam tempoh 1 minggu dari tarikh diagnosa. Tandakan ☒ di ruangan berkaitan.

A. PUSAT RAWATAN

1. Nama pusat rawatan yang memulakan rawatan:

2. Nama pusat rawatan yang menyambung rawatan:

B. DATA ASAS PESAKIT

3. Nama Pesakit (dan nama panggilan, jika ada):

4. R/N Pusat Rawatan:

5. No. Pengenalan Diri:

6. No. Dokumen Perjalanan:

7. Jantina: ☐ Lelaki ☐ Perempuan 8. Umur: * tahun/bulan 9. Berat Badan: kg

10. Taraf Perkahwinan: ☐ Bujang ☐ Berkahwin ☐ Duda/Janda ☐ Tidak Berkaitan

11. Tempoh Migrasi (bagi warganegara asing): * bulan/tahun (* potong mana yang tidak berkenaan)

C. ALAMAT PESAKIT

12. Alamat Tempat
Tinggal Semasa:
(yang boleh dihubungi)

Alamat 1:

Alamat 2:

13. Penanda Tempat
(Landmark):

14. No. Telefon:

D. PEKERJAAN PESAKIT

15. Pekerjaan Utama :

16. Lain-lain Pekerjaan:

17. Jika bertugas di bidang perubatan/kesihatan:

i. Anggota KKM? ☐ **Ya ☐ Tidak

** Sila lengkapkan borang WEHU 1

ii. Institusi tempat bertugas:

- ☐ Hospital
☐ Poliklinik Masyarakat
☐ Klinik Desa
☐ Klinik Swasta
☐ Lain-lain Klinik (tentera, PBT, estet dll.)

iii. Bahagian tempat bertugas:

- ☐ Wad Tibi
☐ Makmal Mikrobiologi
☐ Bilik Rawatan Pesakit Luar / Kecemasan
☐ Klinik Dada
☐ Lain-lain (nyatakan):

E. SEJARAH PENYAKIT DAN STATUS KESIHATAN PRA-DIAGNOSA TIBI

18. Diabetes Mellitus ☐ Ya ☐ Tidak

19. Merokok ☐ Ya ☐ Tidak

20. Cyanotic Heart Disease ☐ Ya ☐ Tidak

21. Ketagihan Alkohol ☐ Ya ☐ Tidak

22. Liver Disease ☐ Ya ☐ Tidak

23. Ketagihan Dadah ☐ Ya ☐ Tidak

24. Chronic Renal Failure ☐ Ya ☐ Tidak

25. HIV / AIDS ☐ Ya ☐ Tidak

26. Malabsorption Syndrome ☐ Ya ☐ Tidak

27. Pembedahan Gastrectomy ☐ Ya ☐ Tidak

28. Rawatan Steroid ☐ Ya ☐ Tidak

29. Kanser ☐ Ya ☐ Tidak

30. Lain-lain, nyatakan jika ada:

Nota kepada Inspektor Kesihatan: Jawapan “Ya” kepada salah satu kenyataan diatas menunjukkan pesakit ada risiko perubatan. Sila penuhkan petak **D10** yang berkaitan dalam **TBIS 10A-3**.

F. PARUT BCG DAN UJIAN TUBERKULIN (UJIAN MANTOUX)

31. Parut BCG: ☐ i. Ada (termasuk Keloid) ☐ ii. Tiada (termasuk *pinpoint*)
32. Jika tiada, nyatakan nama tempat dilahirkan:
33. Ujian Tuberkulin: ☐ i. Dibuat ☐ ii. Tidak Dibuat
34. Jika dibuat, tarikh ujian dibuat: / /
 hari *bulan* *tahun*
35. Jika dibuat, bacaan: mm
36. Keputusan: ☐ i. Positif ☐ ii. Negatif
 Adakah *Brisk* ? ☐ Ya ☐ Tidak
 Adakah *Blister* ? ☐ Ya ☐ Tidak

G. UJIAN MAKMAL

Sapuan Terus			38. Keputusan (Tandakan √)						
37. Jenis Spesimen			Tiada Keputusan	Tidak Dibuat	Negatif	1-49/3L (+)	50/>1L (++)	11-49/L (+++)	>50/L (++++)
i. Kahak		<i>Spot I</i>							
		Pagi I							
		<i>Spot II</i>							
		Pagi II							
	Lain-lain:								
39. Spesimen Selain Kahak (nyatakan):			Positif	Negatif					
ii.									
iii.									

Kultur Untuk AFB - Keputusan Awal (Tandakan √)			
40. Jenis Spesimen	Positif	Negatif	Tercemar/Tidak dibuat
i. Kahak			
41. Spesimen Selain Kahak (nyatakan):			
ii.			
iii.			

H. UJIAN HIV

42. Jenis Ujian:
- ☐ i. Saringan ☐ Positif / Reaktif ☐ Negatif / Tidak Reaktif
- ☐ Tidak diketahui ☐ Tidak dibuat
- ☐ ii. Pengesahan ☐ Positif ☐ Negatif
- a. No. Ujian: b. Tarikh:
- ☐ Tidak dibuat
43. Jika tidak dibuat, mengapa? ☐ Tiada perkhidmatan ☐ Tiada kebenaran ☐ Lain-lain

I. UJIAN HISTOPATOLOGI

44. Jenis Ujian: ☐ i. Biopsi Tisu ☐ ii. *Fine Needle Aspiration Cytology (FNAC)*
45. Keputusan:

J. UJIAN RADIOLOGI DAN IMAGING

46. X-Ray Dada:

☐
☐
☐

Tidak dibuat

No lesion

Sederhana (Minimal)

☐
☐

Teruk (Moderately Advanced)

Sangat Teruk (Far Advanced)

47. Lain-lain X-Ray/Imaging:

i. Jenis X-Ray/Imaging:

ii. Keputusan:

K. PERIHAL EPISOD TIBI SEMASA

48. Cara Pengesanan:

i.

☐

Aktif

☐

Pemeriksaan Kontak

☐

Kajian Khas

ii.

☐

Pasif (Datang Sendiri)

iii.

☐

Saringan (nyatakan):

☐

Pemeriksaan perubatan untuk pengambilan pekerja

☐

Pemeriksaan perubatan untuk melanjutkan pelajaran

☐

Saringan pekerja melalui FOMEMA

☐

Pemeriksaan pekerja berkala

☐

Saringan khas (nyatakan tujuan):

☐

Penjara

☐

Pusat Serenti

☐

Rumah Orang Tua

☐

Klinik AIDS/STI

☐

Lain-lain (nyatakan):

☐

Demam

☐

Berpeluh malam

☐

Kurang selera makan

☐

Lain-lain (nyatakan):

49. Simptom

utama:

(boleh > 1)

☐

Batuk melebihi 2 minggu

☐

Batuk berkahak

☐

Batuk berdarah

☐

Susut berat badan

50. Klinik pertama dilawati

dengan tanda-tanda

penyakit Tibi.

(jika berbeza dengan pusat

yang membuat notifikasi)

☐

i. Kemudahan Kerajaan :

☐

Hospital

☐

Poliklinik Masyarakat

☐

Klinik Desa

☐

Klinik Bergerak

☐

Pej. Kesihatan (aktiviti pengesanan kontak)

☐

Pasukan Kesihatan Sekolah

☐

Klinik di Institusi (Contoh: Pusat Serenti)

☐

Lain-lain:

☐

ii. Kemudahan Swasta:

☐

Hospital

☐

Klinik

☐

Persendirian

☐

Lain-lain (nyatakan):

☐

i. Nama & Alamat Fasilitas :

ii. Adakah ujian sapuan terus kahak dibuat?

☐

Ya

☐

Tidak

i. Jika Ya, keputusan:

☐

Positif

☐

Negatif

51. Kategori Kes Tibi:

☐

Kes Baru

☐

Kes Berulang

☐

Kes Setelah Terhenti Rawatan

☐

Kes Setelah Gagal Rawatan

52. Jika kes Setelah Gagal Rawatan, adakah kes ini kes Tibi Kronik?

☐

Ya

☐

Tidak

53. Lokasi

Anatomi Tibi

(Diagnosa):

☐

Tibi Pulmonari

☐

Tibi Pulmonari dan Ekstrapulmonari

☐

Tibi Ekstrapulmonari

54. Jika Ekstrapulmonari, nyatakan

nama organ yang terlibat:

i.

ii.

Adakah, 55. Tibi Meningitis ?

☐

Ya

☐

Tidak

56. Tibi Miliari ?

☐

Ya

☐

Tidak

57. Diagnosa Penuh (nyatakan):

K. PERIHAL EPISOD TIBI SEMASA (Sambungan...)

58. Tempat Membuat Diagnosa:

- ☐ Swasta
☐ Hospital Kerajaan
☐ Poliklinik Masyarakat
☐ Klinik Desa

59. Tempat Memulakan Rawatan:

- ☐ Swasta
☐ Hospital Kerajaan
☐ Poliklinik Masyarakat
☐ Klinik Desa

60. Tarikh Rawatan Dimulakan:

/ /
hari bulan tahun

61. i. Regim Rawatan Fasa Intensif:

- ☐ 2SHRZ
☐ 2EHRZ
☐ 2HRZ
☐ Lain-lain, nyatakan:

ii. Cadangan Regim Rawatan Fasa Sambungan

- ☐ 4H₂R₂
☐ 4S₂H₂R₂
☐ 4HR
☐ 4H₃R₃
☐ 4S₃H₃R₃
☐ Lain-lain, nyatakan:

62. Nama dan
Tandatangan Doktor:

L. RAWATAN TIBI EPISOD DAHULU (Bagi Kes Berulang, Terhenti Rawatan dan Gagal Rawatan)

63. Nama dan Alamat Pusat
Rawatan Dahulu:

64. Tarikh Rawatan Dimulakan:

65. Tarikh Rawatan Berakhir:

66. Tempoh Rawatan:

* minggu/bulan

(*potong mana yang tidak berkenaan)

67. No. Daftar Tibi Dahulu:

N. PELAPOR

68. Nama Pelapor:

69. Tandatangan dan Cop Jawatan

70. Cop Pusat Rawatan

71. Tarikh:

/ /
hari bulan tahun