

### MAKLUMAT PENDAFTARAN INDIVIDU DENGAN LTBI

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

<b>A. PUSAT RAWATAN</b>	
1. Nama pusat rawatan yang memulakan rawatan: <input style="width: 95%;" type="text"/>	2. Nama pusat rawatan yang menyambung rawatan: <input style="width: 95%;" type="text"/>

<b>B. DATA ASAS INDIVIDU</b>	
3. Nama (dan nama panggilan, jika ada): <input style="width: 95%;" type="text"/>	4. R/N Pusat Rawatan: <input style="width: 95%;" type="text"/>
5. No. Pengenalan Diri / Passport : <input style="width: 60%;" type="text"/>	6. Umur : <input style="width: 20px;" type="text"/> tahun <input style="width: 20px;" type="text"/> bulan
7. Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> *Perempuan	8. Hamil* <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
9. Berat Badan <input style="width: 20px;" type="text"/>	
10. Bangsa : <input type="checkbox"/> Melayu <input type="checkbox"/> Cina <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Lain-lain, Nyatakan <input style="width: 100px;" type="text"/>	
11. HIV : <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Tidak pasti	

<b>C. ALAMAT</b>	
12. Alamat Semasa: (yang boleh dihubungi)	Alamat Kediaman: <input style="width: 95%;" type="text"/>
13. Penanda Tempat (Landmark):	Alamat Tempat Kerja: <input style="width: 95%;" type="text"/>
14. No. Telefon:	<input style="width: 95%;" type="text"/>

<b>D. PEKERJAAN</b>	
15. Sektor Pekerjaan: <input style="width: 95%;" type="text"/>	16. Jawatan : <input style="width: 95%;" type="text"/>
17. Anggota KKM : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <i>jika ya, sila isi pada no 18 &amp; 19</i>	
18. Fasiliti bertugas:	19. Bahagian bertugas :
<input type="checkbox"/> Hospital Kerajaan	<input type="checkbox"/> Wad, nyatakan <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Klinik Kesihatan / Komuniti / Desa	<input type="checkbox"/> Makmal, nyatakan <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Pejabat Kesihatan Daerah	<input type="checkbox"/> Unit TB <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Hospital Swasta	<input type="checkbox"/> Klinik Dada <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Klinik Swasta	<input type="checkbox"/> Lain-lain, nyatakan <input style="width: 100px;" type="text"/>
<input type="checkbox"/> Lain-lain klinik (eg:Penjara/Depot)	<input style="width: 100px;" type="text"/>

<b>E. FAKTOR RISIKO JANGKITAN LTBI</b>	
20. *Kontak Kes Indek TB <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	21. HIV / AIDS <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
22. Chronic Renal Failure on dialisis <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	23. Kanser <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
24. Rawatan Steroid <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	25. Diabetes Mellitus <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
26. Pesakit transplant <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	27. Kakitangan institusi tahanan <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
28. Lain-lain, nyatakan jika ada: <input style="width: 100%;" type="text"/>	
29.*Maklumat kes indeks :	
i. Nama kes indeks: <input style="width: 150px;" type="text"/>	iv. Tarikh dedahan dengan kes : <input style="width: 100px;" type="text"/>
ii. No. kad pengenalan / pasport : <input style="width: 150px;" type="text"/>	<input style="width: 150px;" type="text"/>

iii. Kategori kontak dengan kes:  Household  Close  Sekerja  Sosial  Institusi

**F. PARUT BCG DAN UJIAN RADIOLOGI / LAIN-LAIN IMAGING**

30. Parut BCG:  Ada  Tiada

31. X-ray dada  Tidak dibuat  Normal  Abnormal\* (nyatakan di no. 32)

32. Penemuan Abnormal  No TB lesion  Minimal TB lesion  Moderate TB lesion  Advance

**G. UJIAN TUBERKULIN (UJIAN MANTOUX)**

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

**H. UJIAN MAKMAL IGRA**

37. Ujian IGRA (Tarikh):	Positif	Negatif	Indeterminate	Invalid	Tidak dibuat
i.					
ii.					

**I. PERIHAL EPISOD LTBI SEMASA**

38. Status Individu:  Di mulakan rawatan  Tidak dimulakan rawatan

39. Sebab tidak dimulakan rawatan  Menolak rawatan  Hilang dalam rawatan  Masalah perubatan  Pernah menerima rawatan TB sebelum ini  Keengganan doktor memberi rawatan

40. Tarikh Rawatan Dimulakan:  /  /  /  /  /   
hari bulan tahun

41. Regim Rawatan Untuk LTBI  6H  9H  3HR  4HR  3R  4R  3 INH + RPT

42. Nama dan Tandatangan Doktor:

**J. NAMA PELAPOR**

43. Nama Pelapor:

44. Tandatangan dan Cop Jawatan

45. Cop Pusat Rawatan

46. Tarikh:  /  /  /  /  /   
hari bulan tahun