

## NOTIFICATION FORM

JADUAL  
(Peraturan 2)  
Borang  
(Peraturan 2)  
AKTA PENCEGAHAN DAN PENGAWALAN PENYAKIT BERJANGKIT 1988  
PERATURAN-PERATURAN PENCEGAHAN DAN PENGAWALAN PENYAKIT BERJANGKIT (BORANG NOTIS (PINDAAN) 2018)

Borang Notis: Rev/2020  
No. Sirt:

## NOTIFIKASI PENYAKIT BERJANGKIT YANG PERLU DILAPORKAN

(Seksyen 10, Akta Pencegahan Dan Pengawalan Penyakit Berjangkit 1988)

A. MAKLUMAT PESAKIT		
1. Nama Penuh (HURUF BESAR): <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> Nama Pengiring (Ibu/Bapa/Penjaga): <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> <i>(Jika belum mempunyai Kad Pengenalan diri)</i>		
2. No. Kad Pengenalan Diri / Dokumen Perjalanan <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> <input type="checkbox"/> Sendiri <input type="checkbox"/> Pengiring <i>(Untuk Bukan Warganegara)</i> No. Daftar Hospital / Klinik <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table> Nama Wad: _____ Tarikh Masuk Wad: <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table> / <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table> / <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table>		
3. Kewarganegaraan: Warganegara: <input type="checkbox"/> Ya    Keturunan: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> Sukuketurunan: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> <i>(Bagi O/Asli, Pribumi Sabah/Sarawak)</i> <input type="checkbox"/> Tidak    Negara Asal: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> Status Kedatangan: <input type="checkbox"/> Izin <input type="checkbox"/> Tanpa Izin <input type="checkbox"/> Penduduk Tetap	4. Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan 5. Tarikh Lahir: <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table> / <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table> / <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table> 6. Umur: <table border="1" style="width: 100px; height: 20px;"></table> <input type="checkbox"/> Tahun <input type="checkbox"/> Bulan <input type="checkbox"/> Hari 7. Pekerjaan: _____ <i>(Jika tidak bekerja, nyatakan status diri)</i>	
8. No. Telefon: <input type="checkbox"/> Rumah <input type="checkbox"/> Tel. Bimbit <input type="checkbox"/> Pejabat <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> - <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> <i>(Untuk dihubungi)</i>		
9. Alamat Kediaman <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"></table>		10. Alamat Tempat Kerja / Belajar: <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"></table>
B. DIAGNOSIS PENYAKIT		
<input type="checkbox"/> 1. Poliomyelitis <input type="checkbox"/> 2. Viral Hepatitis A <input type="checkbox"/> 3. Viral Hepatitis B <input type="checkbox"/> 4. Viral Hepatitis C <input type="checkbox"/> 5. Viral Hepatitis (Others) <input type="checkbox"/> 6. AIDS <input type="checkbox"/> 7. Chancroid <input type="checkbox"/> 8. Cholera <input type="checkbox"/> 9. Dengue Fever <input type="checkbox"/> 10. Dengue Haemorrhagic Fever <input type="checkbox"/> 11. Diphtheria <input type="checkbox"/> 12. Dysentery <input type="checkbox"/> 13. Ebola <input type="checkbox"/> 14. Food Poisoning <input type="checkbox"/> 15. Gonorrhoea <input type="checkbox"/> 16. Hand, Foot and Mouth Disease	<input type="checkbox"/> 17. Human Immunodeficiency Virus Infection <input type="checkbox"/> 18. Leprosy (Multibacillary) <input type="checkbox"/> 19. Leprosy (Paucibacillary) <input type="checkbox"/> 20. Leptospirosis <input type="checkbox"/> 21. Malaria - Vivax <input type="checkbox"/> 22. Malaria - Falciparum <input type="checkbox"/> 23. Malaria - Malariae <input type="checkbox"/> 24. Malaria - Others <input type="checkbox"/> 25. Measles <input type="checkbox"/> 26. Plague <input type="checkbox"/> 27. Rabies <input type="checkbox"/> 28. Relapsing Fever <input type="checkbox"/> 29. Syphilis - Congenital <input type="checkbox"/> 30. Syphilis - Acquired <input type="checkbox"/> 31. Tetanus Neonatorum <input type="checkbox"/> 32. Tetanus (Others)	<input type="checkbox"/> 33. Typhus - Scrub <input type="checkbox"/> 34. Tuberculosis - PTB Smear Positive <input type="checkbox"/> 35. Tuberculosis - PTB Smear Negative <input type="checkbox"/> 36. Tuberculosis - Extra Pulmonary <input type="checkbox"/> 37. Typhoid - Salmonella typhi <input type="checkbox"/> 38. Typhoid - Paratyphoid <input type="checkbox"/> 39. Viral Encephalitis - Japanese <input type="checkbox"/> 40. Viral Encephalitis - Nipah <input type="checkbox"/> 41. Viral Encephalitis - (Others) <input type="checkbox"/> 42. Whooping Cough / Pertussis <input type="checkbox"/> 43. Yellow Fever <input type="checkbox"/> 44. Avian Influenza <input type="checkbox"/> 45. MERS-CoV <input type="checkbox"/> 46. Zika Virus Infection <input type="checkbox"/> 47. Others: please specify: _____
<b>Selain dari notifikasi bertulis, penyakit berikut perlu dinotifikasi melalui telefon dalam tempoh 24 jam iaitu:- Avian Influenza, Demam Denggi, Demam Kuning, Diphtheria, Ebola, Keracunan Makanan, Kolera, Measles, MERS-CoV, Plague, Poliomyelitis Akut, Rabies dan Zika Virus Infection.</b>		
11. Cara Pengesanan Kes: <input type="checkbox"/> Kes <input type="checkbox"/> Kontak <input type="checkbox"/> FOMEMA * <input type="checkbox"/> Ujian Saringan _____	12. Status Pesakit: <input type="checkbox"/> Hidup <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> <input type="checkbox"/> Mati <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> - <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> - <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	13. Tarikh Onset: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> - <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> - <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
14. Ujian Makmal: Nama Ujian: (i) _____ (ii) _____ (iii) _____ Tarikh Sampel Diambil: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> - <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> - <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>	15. Keputusan Ujian Makmal: <input type="checkbox"/> Positif ( _____ ) <input type="checkbox"/> Negatif <input type="checkbox"/> Belum Siap	16. Status Diagnosis: <input type="checkbox"/> Sementara (Provisional/Suspected) <input type="checkbox"/> Disahkan (Confirmed) Tarikh Diagnosis: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> - <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> - <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>
17. Maklumat Klinikal Yang Relevan: <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"></table>		18. Komen: <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"></table>
C. MAKLUMAT PEMBERITAHU		
19. Nama Pengamal Perubatan: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>		
20. Nama Hospital / Klinik dan Alamat: <table border="1" style="width: 100%; height: 40px;"></table>		
21. Tarikh Pemberitahuan: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> - <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table> - <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"></table>		
_____ Tandatangan Pengamal Perubatan		