



**UNIVERSITI MALAYSIA PERLIS (UniMAP)**

**LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN**

**ARAHAN :**

1. Anda **WAJIB** membuat **Pemeriksaan Perubatan dan X-Ray Dada** di Pusat Kesihatan UniMAP semasa mendaftar diri di Universiti Malaysia Perlis. Tiada pemulangan bayaran serta Pusat Kesihatan UniMAP berhak untuk menjalani pemeriksaan kesihatan ulangan jika perlu sekiranya anda melakukan Pemeriksaan Perubatan dan Xray Dada di hospital/klinik luar selain dari Pusat Kesihatan UniMAP.
2. Gunakan Borang Laporan Pemeriksaan Kesihatan yang diberikan untuk tujuan ini.
3. Pendaftaran anda sebagai pelajar perlu mendapat pengesahan daripada Pegawai Perubatan Universiti kepada Pendaftar bahawa anda adalah layak dari segi kesihatan.
4. Sila isikan borang Pemeriksaan Kesihatan sepenuhnya di Bahagian I dan Bahagian 2. Perakuan Kebenaran Bius dan Pembedahan di Bahagian I tersebut perlu **ditandatangani oleh bapa/ibu/penjaga**. Bahagian 3, Bahagian 4 dan Bahagian 5 akan diisi oleh Pegawai Perubatan yang memeriksa.
5. Laporan Pemeriksaan Kesihatan akan menjadi hak milik UniMAP dan anda tidak dibenarkan menuntut balik dokumen tersebut walaupun anda mengambil keputusan untuk menarik diri dari UniMAP.
6. Sekiranya perlu, pihak berkuasa UniMAP akan merujuk diri anda ke hospital yang dipilih oleh pihak UniMAP, selepas anda mendaftar diri sebagai pelajar. Jika ini berlaku, anda mungkin dikehendaki membiayai perbelanjaan rawatan tertentu yang tidak ditanggung oleh UniMAP.

**LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN**

Untuk diisi oleh pemohon

SILA ISI DALAM HURUF BESAR

**BAHAGIAN I**

SIDANG AKADEMIK

SEMESTER

PROGRAM PENGAJIAN

KOD PROGRAM

NAMA PENUH



NO KAD PENGENALAN

UMUR

KEWARGANEGARAAN

TARIKH LAHIR

JANTINA

LELAKI

PEREMPUAN

STATUS PERKAHWINAN

BUJANG

JANDA

BERKAHWIN

DUDA

NAMA BAPA/IBU/PENJAGA

ALAMAT BAPA/IBU/PENJAGA



NO. TELEFON RUMAH

NO. TELEFON BIMBIT BAPA/IBU/PENJAGA

NO. TELEFON BIMBIT

## PERAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAETHESIA) DAN PEMBEDAHAN

Pegawai Kesihatan/Perubatan

Saya, \_\_\_\_\_ No. Kad Pengenalan/No. Pasport:

\_\_\_\_\_ bapa/ibu/penjaga kepada (Nama Calon) \_\_\_\_\_

dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang calon ini memerlukan rawatan bius (anesthesia) atau/dan pembedahan, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.

Saya tidak akan mendakwa atau mengambil sebarang tindakan terhadap UniMAP jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.

Nama bapa/ibu/penjaga

Yang benar,

\_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Tandatangan bapa/ibu/penjaga

\_\_\_\_\_

Tarikh : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Nombor Telefon : \_\_\_\_\_

**BAHAGIAN 2** – Sila tandakan (√) di kotak berkenaan.

1. Adakah anda/keluarga mengalami :

Masalah Kesihatan	ANDA		KELUARGA		Jika Ya, sila nyatakan
	Ya	Tidak	Ya	Tidak	
1. Kongenital atau penyakit yang diwarisi					
2. Alergik					
3. Sakit Mental					
4. Sawan, Strok atau Penyakit Neurologi					
5. Diabetes Mellitus					
6. Darah Tinggi					
7. Jantung atau Penyakit Vascular					
8. Asma					
9. Penyakit Tiroid					
10. Sakit Buah Pinggang					
11. Kanser					
12. Tuberculosis					
13. Ketagihan Dadah					
14. AIDS,HIV					
15. Pembedahan					
16. Kecacatan Anggota					
17. Rabun Warna					
18. Penyakit lain, sila nyatakan					

2. Adakah anda merokok

Tidak      Ya  
     

Jika Ya, sila nyatakan

batang/hari  
  tahun

3. Adakah anda mengambil ubat untuk jangka masa panjang

Tidak      Ya  
     

Jika Ya, sila senaraikan ubat berkenaan

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberi di atas adalah benar.

( ..... )  
 Tandatangan

**BAHAGIAN 3  
PART 3**

UNTUK DIISI OLEH DOKTOR YANG MEMERIKSA  
TO BE FILLED BY EXAMINING DOCTOR

Tandakan yang berkaitan  
Tick as relevant



1. PEMERIKSAAN UMUM / GENERAL EXAMINATIONS

TINGGI / HEIGHT  sentimeter      BERAT / WEIGHT  kilogram      BMI

PULSE  seminit      BP  mmHg

a. PALLOR       b. CYANOSIS       c. OEDEMA       d. JAUNDICE

e. LYMPHNODES       f. SKIN

2. PEMERIKSAAN MATA / EXAMINATION OF EYE

KANAN    KIRI    Catatan Doktor/ Verification of doctor's findings

a. PENGLIHATAN TANPA KACA MATA / UNAIDED VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
b. PENGLIHATAN DENGAN KACA MATA / AIDED VISION	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
c. FUNDOSCOPY	NORMAL	<input type="checkbox"/>	_____
	ABNORMAL	<input type="checkbox"/>	
d. PENGLIHATAN WARNA / COLOUR VISION	NORMAL	<input type="checkbox"/>	_____
	ABNORMAL	<input type="checkbox"/>	
3. PEMERIKSAAN TELINGA / EXAMINATION OF EAR	NORMAL	<input type="checkbox"/>	_____
	ABNORMAL	<input type="checkbox"/>	
4. RUANG MULUT / ORAL CAVITY	NORMAL	<input type="checkbox"/>	_____
	ABNORMAL	<input type="checkbox"/>	
5. JANTUNG / HEART	NORMAL	<input type="checkbox"/>	_____
	ABNORMAL	<input type="checkbox"/>	
6. a. SISTEM RESPIRATORI / RESPIRATORY SYSTEM	NORMAL	<input type="checkbox"/>	_____
	ABNORMAL	<input type="checkbox"/>	
b. X-RAY	NORMAL	<input type="checkbox"/>	_____
	ABNORMAL	<input type="checkbox"/>	

LAMPIRKAN X-RAY DADA (filem besar) SERTA LAPORAN / ATTACH CHEST X-RAY (large film) AND REPORT

TARIKH X-RAY / DATE OF X-RAY	TEMPAT / PLACE	NO. RUJUKAN X-RAY / X-RAY REF. NO.
<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>

7. ABDOMEN & RONGGA HERNIA / ABDOMEN & HERNIAL ORIFICES      NORMAL       ABNORMAL       \_\_\_\_\_

8. SISTEM SARAF DAN MENTAL / NERVOUS SYSTEM AND MENTAL CONDITION      NORMAL       ABNORMAL       \_\_\_\_\_

9. SISTEM MUSKULOSKELETAL / MUSCULOSKELETAL SYSTEM      NORMAL       ABNORMAL       \_\_\_\_\_

10. LAIN-LAIN / OTHERS \_\_\_\_\_

**BAHAGIAN 4**  
**PART 4**

11. PEMERIKSAAN AIR KENCING / EXAMINATION OF URINE

GULA /  SUGAR      ALBUMIN       MICROSCOPY \_\_\_\_\_

**BAHAGIAN 5**  
**PART 5**

**PENGESAHAN DOKTOR / CERTIFICATION BY DOCTOR**

Sila tandakan (✓) di dalam kotak yang berkenaan. *Please tick (✓) in the appropriate box.*

Saya mengesahkan bahawa pada hari ini saya telah memeriksa / *I certify that I have this day examined*  
\_\_\_\_\_ No. K/P / I/C No. \_\_\_\_\_  
dan mendapati bahawa / *and found* :

- Beliau tidak menghadapi apa-apa penyakit dan disahkan sihat.  
*The above named is in good health.*
- Beliau menghidap \_\_\_\_\_  
*The above named has*
- Beliau sedang mendapat rawatan \_\_\_\_\_  
*The above named is undergoing treatment*

Tandatangan Doktor \_\_\_\_\_  
*Signature of Doctor*

Nama Doktor \_\_\_\_\_  
*Name of Doctor*

Tarikh / *Date*:  
\_\_\_\_\_

Kelulusan dan Cop Rasmi Klinik \_\_\_\_\_  
*Qualification and official stamp of clinic*