Kementerian Kesihatan Malaysia
Program Kawalan Penyakit TB
Permohonan ujian TB

A. Pusat Pungutan spesimen (Wad/KK/Hospital) : **Tarikh Permohonan:**

B. Maklumat Pesakit

Nama :	No Pengenalan Diri (IC/Paspot) :	
Umur :	No Telefon :	Jantina: ☐ M ☐ F
Alamat:		Warganegara : ☐ Malaysia ☐ Bukan Malaysia, Nyatakan ……
Status *RVD* **:** ☐Positif ☐Negatif		☐Diabetik? : ☐Ya ☐Tidak

C. Sebab memohon (Tandakan satu)

☐*Presumptive TB* ----------→

☐*Follow-up TB case (Month of treatment: ……..months)*

☐*Contact of TB case*

☐*Contact of DRTB case (RR, MDR, XDR, TDR)*

☐*Suspected MDR-TB*

☐ *Surveillance* of ……

Adakah pesakit telah menerima rawatan ≥ 1 bulan?

☐ Ya ☐ Tidak (New Case)

Sekiranya YA,

No Pendaftaran TB bagi kes adalah: ☐☐-☐☐-☐☐☐☐

Klasifikasi *Previously Treated TB* adalah :

☐After Failure of 1st treatment ☐After Failure of retreatment

☐After loss to follow-up ☐Relapse ☐Others

D. Jenis Specimen : ☐ Kahak (x1 / x2 / x3) ☐ Spot ☐ Pagi ☐ lain-lain (nyatakan) : ……

Tarikh pengambilan spesimen : ☐☐-☐☐-☐☐☐☐ ……...

E. Ujian Di pohon ☐Microskopik ☐Kultur ☐ID & Kerentanan Ubatan (Drug susceptibility)

☐PCR MTB ☐Xpert MTB/RIF ☐LPA ☐Interferon Gamma Release Assay (IGRA)

F. Maklumat Pemohon

Tandatangan :

Nama :

Jawatan & Cop Rasmi :

No.Telefon :

KEPUTUSAN UJIAN MAKMAL (Di isi oleh pihak makmal yang menjalankan ujian)

(Sila gunakan bahagian belakang mukasurat ini sekiranya ruangan tidak mencukupi)

Diuji oleh:	**Disahkan oleh**
Tandatangan:	Tandatangan:
Nama:	Nama:
Jawatan & Cop Rasmi:	Jawatan & Cop Rasmi:
No.Telefon:	No.Telefon: