



HOSPITAL / KLINIK : HOSPITAL SULTANAH AMINAH JOHOR BAHRU

Bulatkan pada pilihan yang berkenaan.

MAKLUMAT PESAKIT										KEGUNAAN PEJABAT				
1. Nama Penuh (Huruf Besar)			2. No. Kad Pengenalan/ Pasport				Waktu Terima	Waktu Selesai	Juru X-Ray					
3. Alamat Kediaman			4. Tarikh Lahir <div style="display: flex; justify-content: space-around;"> [] [] / [] [] / [] [] [] [] </div> <p style="font-size: small; margin: 0;">Hari Bulan Tahun</p>				Tarikh Pemeriksaan	No. Pemeriksaan						
6. No. Telefon			7. Etnik	8. Umur			19. PAPARAN IMEJ							
9. No. Daftar Pesakit			10. Wad / Klinik / A&E / RH	11. Disiplin			Bilangan Filem							
12. LMP (Jika berkaitan)			*13. Mengandung			Ya / Tidak			20. FAKTOR DEDAHAN					
14. Asma / Alahan / Reaksi Media Kontras (Nyatakan)			15. Mobile			Ya / Tidak			kVp	mAs	Dos Radiasi			
16. Status Bayaran		Warganegara	Ya / Tidak	Penjawat Awam	Ya / Tidak	FPP	Ya / Tidak			21. TEMUJANJI PEMERIKSAAN				
17. Renal Function		Tarikh	Creatinine		eGFR		Tarikh			Masa				
18. PERKHIDMATAN										*22. MEDIA KONTRAS				
X-Ray Am	CT	MRI	US	Fluoro	Angio	IR	*MMG	BMD	*Media Imej	*Digitize Image	*Pelaporan	(Nyatakan Jika Berkaitan) Jenama : Isipadu Media Kontras : ml		
Bahagian Pemeriksaan:										KOMEN				
RINGKASAN KLINIKAL														
..... Tandatangan dan Cop Pakar / Pegawai Perubatan Tarikh / Masa :														
SENARAI DOS BERKESAN UNTUK PEMERIKSAAN RADIOLOGI <i>Sumber: Health Physics Society Fact Sheet 2010, UNSCEAR 2008 Report Vol. 1 dan FA Mettler et al., Radiology 2008;248:254-63</i>														
Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)	Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)	Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)	Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)	Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)
Chest (AP)	0.02	1	Lumbar Spine (AP)	0.7	35	Mammogram (4views)	0.7	35	CT Thoracic Spine	6	300	CT Angio (Brain/Thorax/Abdomen/Extremities)	16.4	820
Extremities (2 views)	0.01	0.5	IVU / IVP (6 films)	2.5	125	Barium Swallow	1.5	75	CT Chest	8	400			
Chest (LAT)	0.04	2	Dental (LAT)	0.02	1	Barium Enema	7	350	CT Lumbar Spine	3.3	165	Coronary Angiogram	4.60 – 15.80	230 – 790
Skull (2 views)	0.04	2	Dental (panaromic)	0.09	4.5	HSG	1.2	60	CT Abdomen	10	500	Angioplasty (heart study)	7.50 – 57.00	375 – 2850
Pelvis (AP)	0.7	35	DEXA (whole body)	0.0004	0.02	ERCP	4	200	CT Pelvis	10	500	Nota : Dos berkesan dalam jadual ini adalah nilai tipikal untuk pesakit dewasa bersaiz sederhana. Dos sebenar mungkin berbeza bergantung kepada saiz pesakit dan juga perbezaan dalam teknik pengimejan.		
Cervical Spine	0.1	5	Hip	0.8	40	CT Head / Brain	2	100	CT Pulmonary Angio	18.2 – 19.5	910 – 975			
Thoracic Spine (AP)	0.4	20	Abdomen	1.2	60	CT Cervical Spine	1.5	75	CT Urography	4.5	225			

*13. Mengandung - Sila lengkapkan Borang Keizinan Pesakit Mengandung Atau Kemungkinan Hamil Menjalani Prosedur Radiologi

*22. Media Kontras - Sila lengkapkan Borang Keizinan Bagi Pesakit Menjalani Prosedur Radiologi Yang Memerlukan Suntikan Media Kontras.

*MMG - Sila lengkapkan Borang Soal Selidik MMG.

*Media Imej / Digitize Image / Pelaporan - Sila nyatakan sebab permohonan Media Imej / Digitize Image / Pelaporan di ruang Ringkasan Klinikal.

LAPORAN RADIOLOGI

Nama Pesakit

No. Pemeriksaan

Jenis Pemeriksaan

Tarikh Pemeriksaan

.....
Tandatangan dan Cop Pakar / Pegawai Perubatan

Tarikh:

Panduan Pengisian

Borang Permohonan Pemeriksaan Radiologi PER.SS-RA301 (Pind1/2018)

Perkara / Ruangan	Butiran
Hospital/ Klinik	Pihak hospital atau klinik perlu mengisi nama fasiliti yang berkaitan.
1	Nama pesakit perlu diisi dengan huruf besar.
2	Nombor kad pengenalan bagi warganegara dan nombor pasport sekiranya bukan warganegara.
3	Alamat kediaman perlu diisi dengan lengkap dan jelas.
4	Tarikh lahir pesakit diisi dengan lengkap.
5	Pemohon perlu membulatkan pilihan jantina Lelaki atau Perempuan.
6	Nombor telefon pesakit dinyatakan dengan jelas.
7	Nyatakan etnik pesakit.
8	Nyatakan umur pesakit.
9	Nyatakan nombor daftar pesakit.
10	Pemohon perlu menyatakan lokasi pesakit tersebut dengan terperinci seperti Wad 2A, Klinik Pakar Kanak-Kanak, Green Zone, Red Zone, Klinik Rawatan Harian Pembedahan dan sebagainya.
11	Nyatakan disiplin yang memohon pemeriksaan radiologi.
12	Nyatakan Last Menstrual Period (LMP) sekiranya berkaitan.
13	Pemohon perlu membulatkan pilihan sama ada pesakit mengandung atau tidak. Sekiranya pesakit mengandung atau kemungkinan hamil, pemohon perlu melengkapkan borang Keizinan - Prosedur Bagi Wanita Mengandung Atau Kemungkinan Hamil . (Lampiran 1)
14	Pemohon perlu menyatakan sekiranya pesakit mempunyai sebarang alahan, penyakit Asma ataupun sejarah reaksi terhadap media kontras.
15	Pemohon perlu membulatkan pilihan sama ada permohonan pemeriksaan Radiologi adalah secara <i>mobile</i> atau statik di Jabatan Radiologi.
16	Pemohon perlu membulatkan pilihan yang berkaitan warganegara, penjawat awam dan sama ada pesakit adalah pesakit bayaran penuh (Full Paying Patient - FPP).
17	Pemohon perlu melengkapkan maklumat tarikh dan keputusan ujian creatinine serta eGFR terkini pesakit. Maklumat ini diperlukan sekiranya pemeriksaan mendapati keperluan penggunaan kontras ketika prosedur berlangsung.

Perkara / Ruang	Butiran
18	<p>Pemohon perlu membulatkan pilihan perkhidmatan yang dipohon dan menyatakan dengan jelas bahagian badan yang memerlukan pemeriksaan diruangan yang disediakan (Bahagian Pemeriksaan).</p> <p>Bagi permohonan MMG (mammogram), pemohon juga perlu melengkapkan Borang Soal Selidik MMG. (Lampiran 2)</p> <p>Manakala permohonan media imej, <i>digitize image</i> ataupun pelaporan perlu dinyatakan sebab permohonan di ruangan Ringkasan Klinikal.</p> <ul style="list-style-type: none"> - Permohonan media imej (<i>hard copy</i>) adalah ketika permohonan pencetakan filem atau CD, tambahan daripada media imej yang telah diberikan ketika pemeriksaan asal dilakukan. Begitu juga dengan Pelaporan. - <i>Digitize image</i> adalah ketika permohonan untuk memuat naik media imej (<i>hard copy</i>) ke dalam sistem untuk disimpan sebagai <i>soft copy</i>. <p>Sekiranya permohonan pemeriksaan adalah dengan menggunakan media kontras, pemohon perlu melengkapkan Borang Keizinan Bagi Pesakit Menjalani Prosedur Radiologi Yang Memerlukan Suntikan Media Kontras. (Lampiran 3)</p>
19	Pegawai Jabatan Radiologi perlu menyatakan bilangan filem atau CD/ DVD yang dicetak.
20	Pegawai Jabatan Radiologi perlu menyatakan faktor dedahan yang berkaitan.
21	Pegawai Jabatan Radiologi perlu menyatakan tarikh dan masa temujanji pemeriksaan yang akan datang.
22	<p>Pegawai Jabatan Radiologi perlu menyatakan jenama dan isipadu media kontras yang digunakan sekiranya berkenaan.</p> <p>Pegawai juga perlu memastikan Borang Keizinan Bagi Pesakit Menjalani Prosedur Radiologi Yang Memerlukan Suntikan Media Kontras dilengkapkan oleh pemohon. (Lampiran 3)</p>
Ringkasan Klinikal	Perlu diisi oleh pemohon dilengkapi dengan tandatangan dan cop serta tarikh/ masa borang permohonan di isi.
Laporan Radiologi	Perlu diisi oleh Pakar atau Pegawai Perubatan Radiologi dilengkapi dengan tandatangan dan cop serta tarikh laporan disediakan.
Kegunaan Pejabat	Pegawai Jabatan Radiologi perlu mengisi maklumat waktu terima, waktu selesai, nama Juru X-Ray, tarikh pemeriksaan dan nombor pemeriksaan.