



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
PERKHIDMATAN PATOLOGI

HOSPITAL SULTANAH AMINAH
JOHOR BAHRU

UNTUK KEGUNAAN MAKMAL

LAB NO.

1. Nama:					2. No. Pendaftaran:																																								
3. No. K.P.: <input type="text"/>					4. Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan																																								
5. Umur:			6. Keturunan:			7. Wad/Klinik:																																							
8. Tarikh Masuk Wad:			9. Pekerjaan:			10. Taraf Perkahwinan:			11. <input type="checkbox"/> Bayar <input type="checkbox"/> Percuma																																				
12. No. Laporan Terdahulu:					13. Butiran Penting:																																								
14. Ringkasan Klinikal, Penemuan Pembedahan dan Riwayat Keluarga:					Ya Tidak																																								
					Jaundice <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Lymphadenopathy <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Hepatomegaly <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Splenomegaly <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Bleeding Tendency <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak H/O Trabsfusion <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak Haematinics _____ _____ _____ Drug/Chemical History _____ _____ Data Makmal Terdahulu Hb _____ Platelet _____ TWDC _____																																								
15. Diagnosis:																																													
16. Kategori Permohonan/Jenis Ujian:																																													
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Patologi Kimia</th> <th style="width: 50%;">Klinikal</th> <th style="width: 50%;">Hematologi</th> </tr> <tr> <td>B. Sugar <input type="checkbox"/></td> <td>Bld. Count <input type="checkbox"/></td> <td>PBP <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B. Urea <input type="checkbox"/></td> <td>ESR <input type="checkbox"/></td> <td>BM Asp. <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>S. Elec <input type="checkbox"/></td> <td>BFMP <input type="checkbox"/></td> <td>Hb Analysis <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>B. Gases <input type="checkbox"/></td> <td>U. Sugar <input type="checkbox"/></td> <td>Coagulation <input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>S. Billirubin <input type="checkbox"/></td> <td>U. Alb <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>LFT <input type="checkbox"/></td> <td>U. Me <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Se. Creatinine <input type="checkbox"/></td> <td>Stool ME <input type="checkbox"/></td> <td></td> </tr> </table>		Patologi Kimia	Klinikal	Hematologi	B. Sugar <input type="checkbox"/>	Bld. Count <input type="checkbox"/>	PBP <input type="checkbox"/>	B. Urea <input type="checkbox"/>	ESR <input type="checkbox"/>	BM Asp. <input type="checkbox"/>	S. Elec <input type="checkbox"/>	BFMP <input type="checkbox"/>	Hb Analysis <input type="checkbox"/>	B. Gases <input type="checkbox"/>	U. Sugar <input type="checkbox"/>	Coagulation <input type="checkbox"/>	S. Billirubin <input type="checkbox"/>	U. Alb <input type="checkbox"/>		LFT <input type="checkbox"/>	U. Me <input type="checkbox"/>		Se. Creatinine <input type="checkbox"/>	Stool ME <input type="checkbox"/>		<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th style="width: 50%;">Histo/Saitologi</th> <th style="width: 50%;">Mikro/Immunologi</th> </tr> <tr> <td>Specimen</td> <td>Specimen Ujian</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ujian</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ujian</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ujian</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ujian</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ujian</td> </tr> <tr> <td></td> <td>Ujian</td> </tr> </table>		Histo/Saitologi	Mikro/Immunologi	Specimen	Specimen Ujian		Ujian		Ujian		Ujian		Ujian		Ujian		Ujian	Lain-lain _____ _____ _____	
Patologi Kimia	Klinikal	Hematologi																																											
B. Sugar <input type="checkbox"/>	Bld. Count <input type="checkbox"/>	PBP <input type="checkbox"/>																																											
B. Urea <input type="checkbox"/>	ESR <input type="checkbox"/>	BM Asp. <input type="checkbox"/>																																											
S. Elec <input type="checkbox"/>	BFMP <input type="checkbox"/>	Hb Analysis <input type="checkbox"/>																																											
B. Gases <input type="checkbox"/>	U. Sugar <input type="checkbox"/>	Coagulation <input type="checkbox"/>																																											
S. Billirubin <input type="checkbox"/>	U. Alb <input type="checkbox"/>																																												
LFT <input type="checkbox"/>	U. Me <input type="checkbox"/>																																												
Se. Creatinine <input type="checkbox"/>	Stool ME <input type="checkbox"/>																																												
Histo/Saitologi	Mikro/Immunologi																																												
Specimen	Specimen Ujian																																												
	Ujian																																												
	Ujian																																												
	Ujian																																												
	Ujian																																												
	Ujian																																												
	Ujian																																												
17. Pengambilan Specimen: Tarikh: <input type="text"/>					Masa: <input type="text"/>																																								
18. Nama Doktor: _____																																													
19. Tarikh: _____				 Tandatangan dan Cop Doktor																																								