



BORANG PERMOHONAN KAD *FIBRINOLYTIC* (STREPTOKINASE)

Jabatan Farmasi Hospital Sultanah Aminah Johor Bahru

Permohonan Baru

Permohonan Ulangan

No. Siri Kad : _____

A. MAKLUMAT PESAKIT

Nama : _____

No. KP / Pasport* : _____

Jantina : Lelaki Perempuan

No. Telefon : _____

B. MAKLUMAT ADMINISTRASI UBAT STREPTOKINASE

Tarikh Administrasi : _____

Sekiranya pesakit pernah menerima ubat *fibrinolytic* sebelum ini, sila nyatakan :

Nama Ubat Yang
Pernah Diterima : _____

Tarikh Administrasi : _____

C. MAKLUMAT PEMOHON

Nama Pemohon : _____

No. Telefon : _____

Wad / Unit : _____

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

D. UNTUK KEGUNAAN ANGGOTA KESIHATAN

Tandatangan : _____

Tarikh Kad Dikeluarkan : _____

Nama & Cop Anggota Kesihatan : _____

No. Siri Kad : _____