

HOSPITAL / KLINIK KERAJAAN & SWASTA  
 NAMA HOSPITAL/KLINIK KERAJAAN & SWASTA.....  
 DAERAH .....  
 NEGERI .....

PEJABAT KESIHATAN DAERAH  
 DAERAH.....  
 NEGERI .....

Tuan/Puan,

**BORANG NOTIFIKASI KES GIGITAN HAIWAN YANG DISYAKI MEMBAWA  
 PENYAKIT RABIES**

NAMA PESAKIT	
K/P	
JANTINA	
UMUR	
BANGSA	
NAMA IBU/BAPA	
ALAMAT	
NO. TEL RUMAH ATAU H/P	
JENIS HAIWAN	
SILA TANDAKAN (√) DALAM KOTAK YANG SESUAI	BERTUAN ( ) YANG TIDAK BERTUAN ( ) BERLESEN ( ) TAK BERLESEN ( ) TIDAK DIKETAHUI ( )
TARIKH DIGIGIT	
TEMPAT KEJADIAN	
TARIKH & RAWATAN DITERIMA	
MASA RAWATAN	
NAMA PENGAMAL PERUBATAN	
KES DIRAWAT SEBAGAI	PESAKIT LUAR ( ) DIMASUKKAN WAD ( )
ALAMAT HOSPITAL/KLINIK	
TARIKH LAPORAN	

NOTA: Borang ini hendaklah diisi oleh pengamal perubatan yang menguruskan kes gigitan anjing/haiwan liar (bagi setiap kes)