PERKHIDMATAN KESIHATAN PERGIGIAN NEGERI _____
BORANG RUJUKAN PERIODONTIK

Kepada:		
Tarikh Rujukan:	☐ Segera	☐ Tidak Segera
Nama Pesakit:	No Pendaftaran:	
Umur: Jantina:	No Kad Pengenalan:	
Aduan:		Tabiat Merokok: ☐ Ya ☐ Tidak
Riwayat Perubatan: * Sihat / Mempunyai masalah perubatan ☐ *Bleeding Disorder* ☐ *Diabetes Mellitus* ☐ *Ischaemic Heart Disease* ☐ *Congenital Heart Disease* ☐ *Liver Disease* ☐ *Hypertension* ☐ *Renal Disease* ☐ Lain lain: _____		
Pemeriksaan di dalam mulut:	Pemeriksaan Periodontium: Skor *BPE*: ☐☐☐ ☐☐☐	Pemeriksaan Implan (6-poin): Poket paling dalam di: ☐ < 6mm ☐ ≥ 6mm
Differential Diagnosis: ☐ *Gingival Diseases* ☐ *Periodontitis* ☐ *Periodontal Abscesses/ Endo-Perio Lesions* ☐ *Periodontitis as a Manifestation of Systemic Disease* ☐ *Traumatic Occlusal Forces* ☐ *Mucogingival Deformities* ☐ *Alveolar Ridge Deformities* ☐ *Short Crown Height/Crown Lengthening* ☐ *Peri-Implant Diseases* ☐ *Peri-implant deformities & Condition* ☐ *Dental Implant* ☐ Lain lain: _____		
Rawatan yang diberi / Tujuan rujukan:		
Tandatangan: Nama: Jawatan: Cop Rasmi Pegawai: Tempat Bertugas:		