

**PERKHIDMATAN PERGIGIAN RESTORATIF BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN KKM
BORANG RUJUKAN**

Tel:

Kepada:		
Tarikh Rujukan :		No Pendaftaran:
Nama Pesakit:		No tel pesakit/waris:
Umur	Jantina:	No Kad Pengenalan:
Riwayat Perubatan:		
Riwayat Pergigian:		
Aduan dan riwayat aduan:		
Pemeriksaan:		
Penyiasatan Radiograf yang dilampirkan:		
<input type="checkbox"/> Periapikal <input type="checkbox"/> OPG <input type="checkbox"/> lain-lain		
Ulasan:		
Jenis Kes:		
Kes : <input type="checkbox"/> Endodontik <input type="checkbox"/> <i>Fixed Prosthodontics</i> <input type="checkbox"/> Removable Prosthodontics <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan)		

Complexity Assessment
(1= rendah, 2=sederhana, 3=sukar)

RCT	Fixed Prosthodontics	Removable Prosthodontics
Kod kesukaran: +-----+-----+ 1 2 3	Kod kesukaran: +-----+-----+ 1 2 3	Kod kesukaran: +-----+-----+ 1 2 3
Faktor pengubah: Ada/Tiada	Faktor pengubah: Ada/Tiada	Faktor pengubah: Ada/Tiada
Skor Final RDITN: 1 / 2 / 3	Skor Final RDITN: 1 / 2 / 3	Skor Final RDITN: 1 / 2 / 3
Diagnosis:		
Catatan (jika ada):		
Sekian, untuk tindakan selanjutnya. Terima Kasih		
Tandatangan:		
Nama:		
Tempat Bertugas:		