

**PERKHIDMATAN KESIHATAN PERGIGIAN**  
**KAD RAWATAN DEWASA/AM**

No. Rujukan Fail	
Tarikh Pendaftaran	

Tahun							
No. Pendaftaran							

**A. MAKLUMAT AM (Wajib diisi penuh. Sila potong yang tidak berkaitan)**

1. Nama: (Huruf besar)

2. No.MyKad/ MyKid/Pasport/Tentera/Polis/Sijil Lahir:

3. Jantina: Lelaki/Perempuan      4. Umur:       5. Tarikh Lahir:

6. No. Kad OKU/Pesara/UNHCR (Jika ada):       7. E-mel:

8. No. Telefon:  Bimbit       Rumah       Pejabat

9. Alamat Surat-Menyurat:

     Poskod:

10. Warganegara:      Malaysia/Warga Asing      11. Kumpulan Etnik: (Nyatakan)

12. Nama Sekolah/Klinik:

**B. CATATAN PERUBATAN DAN PERGIGIAN (Wajib diisi)**

Tandakan ( ✓ ) jika Ya dan ( X ) jika Tidak

a. Hipertensi       b. Diabetes       c. Penyakit Jantung       d. Kegagalan Buah Pinggang

e. Epilepsi       f. Hepatitis       g. Alergi       h. Tuberkulosis

i. Asma       j. Penyakit Mental       k. Masalah Darah       l. Pendarahan Berlanjutan Selepas Cabutan

m. Penyakit Lain       Nyatakan \_\_\_\_\_

n. Pernah Menerima Rawatan di Hospital / Klinik       Nyatakan \_\_\_\_\_

o. Pengambilan Ubat – ubatan       Nyatakan \_\_\_\_\_

**C. PANDUAN KOD /SKOR**

**C1 KOD CARTA GIGI**

GIGI	KOD
Sound	0
Karies (D/d)	1
Gigi Yang Tiada Disebabkan Oleh Karies (M)	2
Gigi Yang Tiada Disebabkan Oleh Selain Karies (M)	2a
Tampalan Disebabkan Oleh Karies (F/f)	3
Tampalan Disebabkan Oleh Selain Karies Fa/fa)	3a
Untuk Cabutan Disebabkan Oleh Karies (X/x)	4
Untuk Cabutan Disebabkan Oleh Selain Karies (Xa/xa)	4a
Gigi Terimpak	5
Gigi Tak Tumbuh	6
Korona	C
Pontik	P
Gigi Supernumerari	SN
Penyenggaraan ruang	SM
Gigi Longgar	L
Tooth Surface Loss	TSL
Kecacatan Enamel / Dentin Hiperpermineralan Molar / Insisal (MIH)	EDD
PERMUKAAN GIGI	KOD
Perlu Tampalan	7
Tampalan Ulangan	8
Telah Ditampal (Amalgam)	8a
Telah Ditampal (Sewarna)	8b
Telah Ditampal Tetapi ada Karies	8c
Ada Pengapan Fisur	9
Perlu Pengapan Fisur	E10
Ada Tampalan Resin Pencegahan (Jenis 1)	11
Perlu Tampalan Resin Pencegahan (Jenis 1)	E12
Perlu Sapuan Fluorida (FV)	E13
Fraktur	14

**C2 SKOR PLAK**

0	1	2	3
0	<1/3	1/3 – 2/3	> 2/3

**Gred Skor Plak**

0 – 4	=	A	Rendah
5 – 9	=	C	Sederhana
10 - 18	=	E	Tinggi

**C3 SKOR PEMERIKSAAN ASAS PERIODONTIK (BPE)**

0	=	Sihat
1	=	Pendarahan Selepas Pemproban
2	=	Ada Kalkulus dan factor Retensi Plak
3	=	Kedalaman Poket Gingiva antara 3.5mm – 5.5mm
4	=	Kedalaman Poket Gingiva ≥ 6.00mm
*	=	Melibatkan Percabangan

**D. SAPUAN FLUORIDA (FV)**

Aplikasi FV	FV 1	FV 2	FV 3	FV 4
Tarikh				

**E. PROGRAM PENCEGAHAN DAN INTERVENSI**  
(Tandakan ✓ Jika berkaitan)

TAHUN							
STATUS MEROKOK							
Perokok Semasa							
Bekas Perokok							
Perokok Pasif							
Bukan Perokok							
TANDA - TANDA MEROKOK							
Bau Rokok							
Stain Nikotin							
Bibir Perokok							
Lelangit Perokok							

TAHUN							
KESEDIAAN BERHENTI MEROKOK							
Ya							
Tidak							
KESEDIAAN UNTUK INTERVENSI LANJUTAN							
Ya							
Tidak							



No. Rujukan Fail	
Tarikh	

## F. PEMERIKSAAN DAN CATATAN

(Tandakan ✓ Jika berkaitan)

Catatan Perubatan dan Pergigian Terkini: \_\_\_\_\_

Lesi: Luar Mulut   
 Dalam Mulut

Dentur:

Sedia ada	Penuh	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>
Separada	Separada	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>

Perlu	Penuh	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>
Perlu	Separada	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>

(Catatkan Skor yang berkenaan)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skor Plak
16/55(B)	11/51(Lab)	26/65(B)	Jumlah/Gred
46/85(L)	31/71(Lab)	36/75(L)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Skor BPE (Bulat skor tertinggi)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perlu Penskaleran (Tandakan ✓)
<input type="checkbox"/>

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

KANAN

KIRI

			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

## G. TABIAT BERISIKO (Tandakan ✓ jika berkaitan)

Disaring

Sila isi Borang Saringan Kanser Mulut Jika Ada Satu atau Lebih Tabiat Berisiko Di bawah

Merokok / Shisa / Vape	<input type="checkbox"/>
Pengambilan Alkohol	<input type="checkbox"/>
Mengunyah Sireh/ Buah Pinang	<input type="checkbox"/>
Lain – lain	<input type="checkbox"/>

Bilangan Gigi

d	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>
x	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
dfx	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
		DMFX	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	X+M	<input type="checkbox"/>
Jumlah gigi Kekal			<input type="checkbox"/>

Status  
(Tandakan ✓ Jika Berkaitan)

MBK	<input type="checkbox"/>
BK	<input type="checkbox"/>
MBG	<input type="checkbox"/>
TPR	<input type="checkbox"/>
TSL	<input type="checkbox"/>

## H. PENILAIAN RISIKO KARIES (Tandakan ✓ jika berkaitan)

Langkah 1: Penilaian Pengalaman Karies Semasa

Pemeriksaan	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
Tandakan Kod yang Tertinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Langkah 2: Penilaian Faktor Risiko

<input type="checkbox"/>	Plak yang Boleh Dilihat (Gred C dan E)
<input type="checkbox"/>	Kesesakan Gigi
<input type="checkbox"/>	Terdapat Apliance Pergigian
<input type="checkbox"/>	Tidak Terdedah Kepada Fluorida
<input type="checkbox"/>	Ambil Makanan Bergula Antara Waktu Makan
<input type="checkbox"/>	Kompromi Perubatan / Kesihatan
<input type="checkbox"/>	Ibu / Adik-beradik Mempunyai Riwayat Karies
<input type="checkbox"/>	Mulut Kering

Langkah 3 : Petunjuk Risiko Karies

Bulatkan : Rendah/Sederhana/Tinggi

Bilangan Faktor Risiko	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
<input type="checkbox"/>	0	Rendah	Sederhana
<input type="checkbox"/>	1-2	Rendah	Tinggi
<input type="checkbox"/>	3 atau lebih	Sederhana	Tinggi

Langkah 4: Lawatan Susulan

3 Bulan  6 Bulan  12 Bulan

## F. PEMERIKSAAN DAN CATATAN

(Tandakan ✓ Jika berkaitan)

No. Rujukan Fail	
Tarikh	

Catatan Perubatan dan Pergigian Terkini: \_\_\_\_\_

Lesi: Luar Mulut   
 Dalam Mulut

Dentur:

Sedia ada	Penuh	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>
Separada	Separada	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>

Perlu	Penuh	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>
Perlu	Separada	Atas	<input type="checkbox"/>
		Bawah	<input type="checkbox"/>

(Catatkan Skor yang berkenaan)

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Skor Plak
16/55(B)	11/51(Lab)	26/65(B)	Jumlah/Gred
46/85(L)	31/71(Lab)	36/75(L)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Skor BPE (Bulat skor tertinggi)		
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Perlu Penskaleran (Tandakan ✓)
<input type="checkbox"/>

			55	54	53	52	51	61	62	63	64	65			
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28

KANAN

KIRI

			48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
			85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						

## G. TABIAT BERISIKO (Tandakan ✓ jika berkaitan)

Disaring

Sila isi Borang Saringan Kanser Mulut Jika Ada Satu atau Lebih Tabiat Berisiko Di bawah

Merokok / Shisa / Vape	<input type="checkbox"/>
Pengambilan Alkohol	<input type="checkbox"/>
Mengunyah Sireh/ Buah Pinang	<input type="checkbox"/>
Lain – lain	<input type="checkbox"/>

Bilangan Gigi

d	<input type="checkbox"/>	D	<input type="checkbox"/>
f	<input type="checkbox"/>	M	<input type="checkbox"/>
x	<input type="checkbox"/>	F	<input type="checkbox"/>
dfx	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>
		DMFX	<input type="checkbox"/>
E	<input type="checkbox"/>	X+M	<input type="checkbox"/>
Jumlah gigi Kekal			<input type="checkbox"/>

Status (Tandakan ✓ Jika Berkaitan)

MBK	<input type="checkbox"/>
BK	<input type="checkbox"/>
MBG	<input type="checkbox"/>
TPR	<input type="checkbox"/>
TSL	<input type="checkbox"/>

## H. PENILAIAN RISIKO KARIES (Tandakan ✓ jika berkaitan)

**Langkah 1:** Penilaian Pengalaman Karies Semasa

Pemeriksaan	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
Tandakan Kod yang Tertinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**Langkah 2:** Penilaian Faktor Risiko

<input type="checkbox"/>	Plak yang Boleh Dilihat (Gred C dan E)
<input type="checkbox"/>	Kesesanan Gigi
<input type="checkbox"/>	Terdapat Apliance Pergigian
<input type="checkbox"/>	Tidak Terdedah Kepada Fluorida
<input type="checkbox"/>	Ambil Makanan Bergula Antara Waktu Makan
<input type="checkbox"/>	Kompromi Perubatan / Kesihatan
<input type="checkbox"/>	Ibu / Adik-beradik Mempunyai Riwayat Karies
<input type="checkbox"/>	Mulut Kering

**Langkah 3:** Petunjuk Risiko Karies

Bulatkan : Rendah/Sederhana/Tinggi

Bilangan Faktor Risiko	Sound (Kod 0)	Karies Awal (Kod E)	Karies (Kod 1)
<input type="checkbox"/> 0	Rendah	Sederhana	Sederhana
<input type="checkbox"/> 1-2	Rendah	Sederhana	Tinggi
<input type="checkbox"/> 3 atau lebih	Sederhana	Tinggi	Tinggi

**Langkah 4:** Lawatan Susulan

<input type="checkbox"/> 3 Bulan	<input type="checkbox"/> 6 Bulan	<input type="checkbox"/> 12 Bulan
----------------------------------	----------------------------------	-----------------------------------









