

	MAKMAL KESIHATAN AWAM JOHOR BAHRU KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA	Doc. No. : D/WS/02-001 Revision No. : 02 Effective Date : 1 st Jan 2018 Page No. : 1 of 1
	UJIAN PARAS CHOLINESTERASE	

(A) BUTIR PERIBADI					
Nama :		Umur :			
No Kad Pengenalan :		Pekerjaan :			
Jantina :	L / P	Bangsa :	M / C / I / L	Taraf Perkahwinan: Bujang/Berkahwin	
Alamat Majikan :					
(B) BUTIR KLINIKAL					
Berat badan :	kg	Tinggi :	m	Tekanan darah :	/mmHg
Ada menggunakan racun perosak selain daripada semasa bekerja?					Ya
(contoh berkebun atau ladang) Sila tandakan (/) pada kotak.					Tidak
Ada mengambil ubat?					
(Jika ada sila nyatakan nama ubat-ubat tersebut)					
Ada tanda-tanda klinikal berikut (Sila tanda [/] pada kotak)					Sejarah klinikal (termasuk pengambilan alkohol, merokok)
<i>Jaundice</i>		<i>Anxiety</i>		<i>Staggering gait</i>	
<i>Lymphadenopathy</i>		<i>Tremors</i>		<i>Mental confusion</i>	
<i>Hepatomegaly</i>		<i>Salivation</i>		<i>Miosis</i>	
<i>Spleenomegaly</i>		<i>Lacrimation</i>		<i>Hypotension</i>	
Lain-lain: Sila nyatakan					
(C) BUTIR PENYEMBURAN RACUN PEROSAK					
Jenis racun perosak. (Sila tandakan [/] pada kotak)		<i>Organophosphate</i>		<i>Carbamate</i>	
Ada memakai perlindungan diri seperti berikut semasa mengendalikan racun perosak? [Sila tandakan [/] pada kotak.]		Topeng muka (<i>mask</i>)			
		Sarong tangan			
		<i>Apron</i> /kot/Baju khas			
		Kasut but getah			
		<i>Earplug/earmuff</i>			
		<i>Goggles</i>			
Tarikh akhir penyemburan/pendedahan pada racun perosak (Diisi untuk permohonan <i>baseline</i> shj)		Lain-lain. Sila nyatakan.....			
Tempoh masa anggota direhatkan (Diisi untuk permohonan <i>baseline</i> shj)		> 30 hari			
		> 14 hari			
(D) UJIAN CHOLINESTERASE (Sila tandakan [/] pada yang berkaitan)					
a) Serum BASELINE (Sebelum Penyemburan)					
<i>1st Baseline</i>		Tarikh Pengambilan		Masa Pengambilan	
<i>2nd Baseline</i>					
<i>3rd Baseline</i> (Jika perlu)					
b) Serum POST EXPOSURE (Selepas Penyemburan)					
Tarikh Penyemburan					
Tarikh Pengambilan darah		Masa Pengambilan			
Nama Pegawai Perubatan :					
Cop dan Pengesahan :		Tarikh penghantaran :			