



Kementerian Kesihatan Malaysia  
Program Kawalan Penyakit TB  
Permohonan ujian TB

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |                                                                                                                 |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| A. Pusat pungutan spesimen ( Wad / KK / Hospital ):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |              | Tarikh permohonan:                                                                                              |  |
| <b>B. Maklumat Pesakit</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |                                                                                                                 |  |
| Nama :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |              | No Pengenalan Diri ( IC / Pasport ) :                                                                           |  |
| Umur :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | No Telefon : | Jantina : <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F                                                 |  |
| Alamat :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |              | Warganegara : <input type="checkbox"/> Malaysia<br><input type="checkbox"/> Bukan Malaysia, Nyatakan<br>.....   |  |
| Status RVD: <input type="checkbox"/> Positif <input type="checkbox"/> Negative                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |              | Ujian X-Ray : <input type="checkbox"/> Buat <input type="checkbox"/> Tidak Buat                                 |  |
| <b>C. Sebab memohon</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |              |                                                                                                                 |  |
| SILA RUJUK MUKA SURAT 2 (TANDAKAN SATU (1) SAHAJA INDIKASI PERMOHONAN UJIAN)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |              | *Kontak tibi sila tandakan pada muka surat 2:<br><b>INDIKASI PERMOHONAN UJIAN – Kontak kepada kes TB / DRTB</b> |  |
| <b>D. Jenis spesimen:</b> <input type="checkbox"/> Kahak (X1 / X2 / X3) <input type="checkbox"/> Spot <input type="checkbox"/> Pagi <input type="checkbox"/> Sampel ulangan (1x) <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan)<br>Tarikh pengambilan spesimen : <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/>                                                                                                                                                             |              |                                                                                                                 |  |
| <b>E. Ujian dipohon</b> <input type="checkbox"/> Mikroskopi <input type="checkbox"/> Kultur MGIT <input type="checkbox"/> Kultur Konvensional <input type="checkbox"/> Rapid Molekular Tibi (Xpert/M10 stc) <input type="checkbox"/> PCR MTB<br><input type="checkbox"/> ID & Kerentanan Ubat (Drug susceptibility) <input type="checkbox"/> Interferon Gamma Release Assay (IGRA) <input type="checkbox"/> Adenosine Deaminase (ADA)<br><input type="checkbox"/> Molekular MDR (LPA/PCR) <input type="checkbox"/> TB LF-LAM (PLHIV) <input type="checkbox"/> Lain-lain (Specify) :..... |              |                                                                                                                 |  |
| <b>F. Maklumat klinikal</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |                                                                                                                 |  |
| <b>G. Maklumat Pemohon</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |              |                                                                                                                 |  |
| Tandatangan :<br>Nama :<br>Nama & Cop Jawatan :<br>No. Telefon :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              |                                                                                                                 |  |
| <b>H. KEPUTUSAN UJIAN MAKMAL (Di isi oleh pihak makmal yang menjalankan ujian)</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |              |                                                                                                                 |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |              |                                                                                                                 |  |
| <b>Diuji oleh</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |              | <b>Disahkan oleh</b>                                                                                            |  |
| Tandatangan :<br>Nama :<br>Nama & Cop Jawatan :<br>No. Telefon :                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |              | Tandatangan :<br>Nama :<br>Nama & Cop Jawatan :<br>No. Telefon :                                                |  |

### C. Sebab memohon

#### MOHON TANDAKAN (TANDAKAN SATU (1) SAHAJA) KATEGORI KES DAN (TANDAKAN SATU (1) SAHAJA) INDIKASI PERMOHONAN UJIAN

| KATEGORI KES              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|---------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
|                           | <i>New episode of TB</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |
|                           | <i>Re-current case</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |
|                           | <i>Re-registered for treatment</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
|                           | <i>Follow-up TB case (Month of treatment:                    )</i>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |
| INDIKASI PERMOHONAN UJIAN |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|                           | Kanak-kanak disyaki menghidap penyakit Tibi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                           | Individu dengan penyakit HIV (PLHIV)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                           | Individu dengan komorbid yang berisiko tinggi dan mempunyai gejala tibi:<br>a) Individu dengan penyakit Diabetes Melittus<br>b) Individu dengan penyakit Renal Disease yang sedang dalam rawatan dialysis<br>c) Individu dengan Kanser yang menjalani rawatan<br>d) Pesakit yang menerima transplan<br>e) Pesakit yang imunosupres                                                                                             |
|                           | Individu dengan golongan yang berisiko yang mempunyai gejala tibi:<br>a) Petugas kesihatan<br>b) Penghuni pusat jagaan (seperti: Warga Emas, Institusi Kesihatan Mental)<br>c) Ibu mengandung<br>d) Penghuni Institusi Tahanan (Penjara, CCRC, Depo tahanan imigresen)                                                                                                                                                         |
|                           | Individu yang pernah menerima rawatan tibi yang didalam kategori berikut:<br>a) Kes berulang ( <i>relapse treatment</i> )<br>b) Kes setelah gagal rawatan ( <i>treatment after failure</i> )<br>c) Kes setelah terhenti rawatan ( <i>loss to follow up case</i> )                                                                                                                                                              |
|                           | Pesakit tibi dalam rawatan:<br>a) Keputusan sapuan terus AFB yang positif berterusan selepas menerima rawatan<br>b) Kegagalan untuk menunjukkan perubahan dalam gejala tibi atau tiada respons kepada rawatan selepas dua bulan atau lebih rawatan bagi pesakit tibi dengan smear AFB negatif berterusan dengan extra tibi ( <i>extrapulmonary TB</i> )<br>c) Kes DRTB semasa rawatan susulan (bagi kes selain RR-TB & MDR-TB) |
|                           | *Kontak kepada kes TB / DRTB yang mempunyai gejala tibi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |
|                           | Individu yang disyaki ekstra pulmonary tibi atau <i>smear negatif</i> pulmonary tibi                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|                           | Lain-lain indikasi:<br>a) Pesakit dengan masalah logistik seperti jarak yang jauh, masalah pengangkutan atau lain-lain masalah logistik.<br>b) Orang Asli                                                                                                                                                                                                                                                                      |