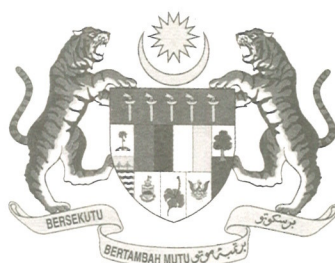


**FOLDER INI PERLU DISIAPKAN DALAM TEMPOH 1 MINGGU
DARI TARIKH NOTIFIKASI KES / MULA RAWATAN. MAKLUMKAN
PEJABAT KESIHATAN APABILA SUDAH LENGKAP DAN PPKP AKAN
AMBIL DI WAD BERKAITAN.**

TBIS 10B-1



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
Program Kawalan Tibi Kebangsaan

FAIL REKOD PESAKIT

Nama : _____
Umur : _____
Jantina : _____
Bangsa : _____
Pekerjaan : _____ **WAJIB ISI** _____
Alamat : _____
: _____
No. Telefon : _____
Diagnosa : PTB Ekstra PTB, nyatakan _____
Tarikh Mula Rawatan :

No. Daftar Tibi : - -
Kod Negeri Kaw. / Bhg Daerah Nombor Siri Tahun

R/N Pusat Rawatan :

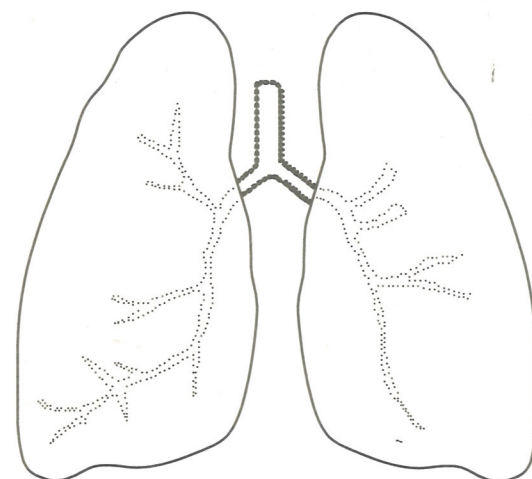
Nama Pusat Rawatan DOT :

PEJABAT KESIHATAN BERDAFTAR:

No. Daftar Tibi Lama : - -
(Bagi kes Rawatan semula) *Kod Negeri Kaw. / Bhg Daerah Nombor Siri Tahun*

Senarai semak kandungan TBIS 10B-1

<input type="checkbox"/>	TBIS 10A-1	<input type="checkbox"/>	CXR
<input type="checkbox"/>	TBIS 10A-2	<input type="checkbox"/>	Minimal
<input type="checkbox"/>	TBIS 10A-4	<input type="checkbox"/>	Modul
<input type="checkbox"/>	PER-PAT 301	<input type="checkbox"/>	Advanced
<input type="checkbox"/>	TBIS 10C-2		
<input type="checkbox"/>	Semua dokumen berkaitan pesakit ini		



PEMERIKSAAN ULANGAN (REVIEW)

A.

Tarikh Rawatan	Bulan Ke:	Berat Badan (kg)	Status Kahak		MDRTB? Y=Ya; T=Tidak
			Sapuan Terus	Kultur	
TIDAK PERLU ISI					
*UNTUK KEGUNAAN DI PUSAT RAWATAN SAMBUNGAN					

B.

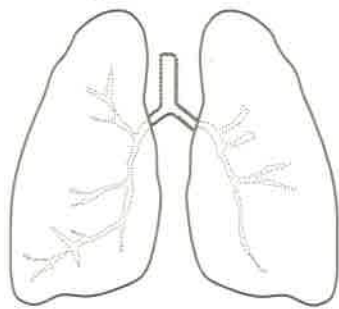
Tarikh		Fasa Rawatan		Regim Rawatan	Sebab Pertukaran	Peratus DOT	Bil. Hari Cicir Rawatan
Dari	Hingga	Intensif	Sambungan				
TIDAK PERLU ISI							
*UNTUK KEGUNAAN DI PUSAT RAWATAN SAMBUNGAN							

C.

Tarikh	Ujian HIV	Fasting Blood Sugar (FBS)	Liver Function Test (LFT)	Renal Profile	ESR	Lain-lain
WAJIB ISI						
* SEBAGAI BASELINE UNTUK SAMBUNG RAWATAN DI KK						

RINGKASAN KLINIKAL

Catatan:



Tarikh: _____

No. X-ray: _____

Berat badan: _____

Sapuan terus kahak: _____

Lain-lain:

ESR: _____

RBS: _____

Regim Rawatan Fasa Instensif:

Harian x _____ dos

i/m SM : _____ GM

INH : _____ mgm

RIF : _____ mgm

PZA : _____ mgm

ETB : _____ mgm

Vit. B6 : _____ mgm

WAJIB ISI

*** ISIKAN SEMUA BAHAGIAN**

*** TANDA TANGAN PEGAWAI PERUBATAN**

DOKUMEN YANG WAJIB ADA DALAM FOLDER TIBI INI:

- 1) SENARAI SEMAK PESAKIT TIBI SEBELUM KELUAR WAD**
- 2) SALINAN BORANG NOTIFIKASI**
- 3) BORANG TBIS 10A-1 (4 MUKASURAT BERSERTA SALINAN)**
- 4) SALINAN BORANG TBIS 10F**
- 5) BORANG TBIS 10K**
- 6) BORANG TBIS 10I**
- 7) SALINAN DISCHARGE SUMMARY**
- 8) SALINAN KEPUTUSAN DARAH FBC (INVESTIGATION CHART)**
- 9) SALINAN KEPUTUSAN UJIAN SPUTUM AFB**
- 10) SALINAN KEPUTUSAN UJIAN TIBI SELAIN SAMPEL SPUTUM**
- 11) SALINAN UJIAN VIRAL SCREENING**

*** PERINGATAN MESRA:**

UNTUK BORANG NOTIFIKASI PENYAKIT BERJANGKIT:

- 1) SALINAN WARNA HIJAU (LETAK DI DALAM BHT)**
- 2) SALINAN ASAL DAN WARNA MERAH PERLU DIHANTAR KE UNIT KUALITI DALAM TEMPOH 24 JAM KEPADA UNIT KUALITI, HOSPITAL SEGAMAT**

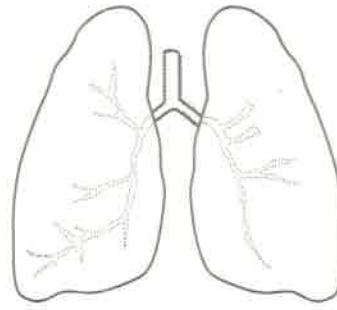
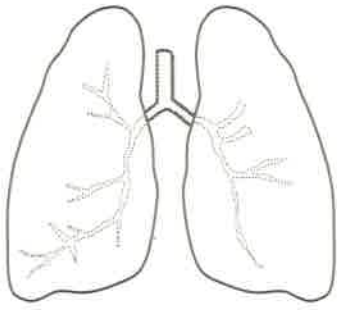
Tarikh temujanji:

Pusat rawatan sambungan:

.....
Cop Nama dan tandatangan Pegawai Perubatan

RINGKASAN KLINIKAL (BULAN KE)

RINGKASAN KLINIKAL (BULAN KE)



Catatan:

Catatan:

Tarikh:
 No. X-ray:
 Berat badan:
 Sapuan terus kahak:
 Lain-lain:
 ESR:
 RBS:
 Regim Rawatan Fasa:
 Sambungan:
 Harian/2x seminggu _____ dos
 i/m SM : _____ Gm
 INH : _____ mgm
 RIF : _____ mgm
 PZA : _____ mgm
 ETB : _____ mgm
 Vit. B6 : _____ mgm

Tarikh:
 No. X-ray:
 Berat badan:
 Sapuan terus kahak:
 Lain-lain:
 ESR:
 RBS:
 Regim Rawatan Fasa:
 Sambungan:
 Harian/2x seminggu _____ dos
 i/m SM : _____ Gm
 INH : _____ mgm
 RIF : _____ mgm
 PZA : _____ mgm
 ETB : _____ mgm
 Vit. B6 : _____ mgm

TIDAK PERLU ISI
***UNTUK KEGUNAAN DI PUSAT**
RAWATAN SAMBUNGAN

Tarikh temujanji:
 Pusat rawatan sambungan:

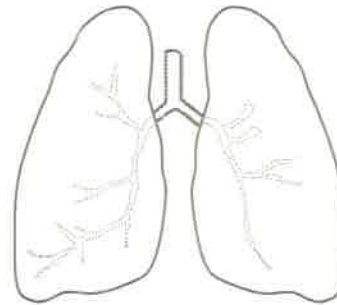
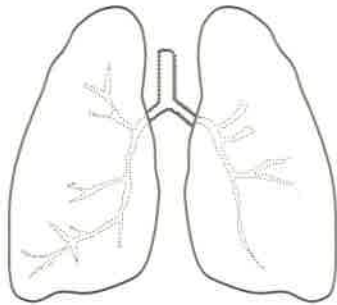
Cop Nama dan tandatangan
 Pegawai Perubatan

Tarikh temujanji:
 Pusat rawatan sambungan:

Cop Nama dan tandatangan
 Pegawai Perubatan

RINGKASAN KLINIKAL (BULAN KE)

RINGKASAN KLINIKAL (BULAN KE)



Catatan:

Catatan:

Tarikh:
 No. X-ray:
 Berat badan:
 Sapuan terus kahak:
 Lain-lain:
 ESR:
 RBS:
 Regim Rawatan Fasa:
 Sambungan:
 Harian/2x seminggu _____ dos
 i/m SM : _____ Gm
 INH : _____ mgm
 RIF : _____ mgm
 PZA : _____ mgm
 ETB : _____ mgm
 Vit. B6 : _____ mgm

Tarikh:
 No. X-ray:
 Berat badan:
 Sapuan terus kahak:
 Lain-lain:
 ESR:
 RBS:
 Regim Rawatan Fasa:
 Sambungan:
 Harian/2x seminggu _____ dos
 i/m SM : _____ Gm
 INH : _____ mgm
 RIF : _____ mgm
 PZA : _____ mgm
 ETB : _____ mgm
 Vit. B6 : _____ mgm

Tarikh temujanji:
 Pusat rawatan sambungan:

Cop Nama dan tandatangan
 Pegawai Perubatan

Tarikh temujanji:
 Pusat rawatan sambungan:

Cop Nama dan tandatangan
 Pegawai Perubatan

SENARAI SEMAK PESAKIT TIBI SEBELUM KELUAR WAD

SILA TANDA (√) BAHAGIAN (YA / TIDAK) SEBELUM SERAHKAN FILE PESAKIT TIBI KE KLINIK DADA YANG AKAN MENYAMBUNG RAWATAN SELANJUTNYA

NAMA PESAKIT :				
NO I/C :				
NO	PERKARA	YA	TARIKH	TIDAK
1	BORANG NOTIFIKASI TIBI (TBIS 101A)			
2	BORANG NOTIFIKASI PENYAKIT BERJANGKIT (HEALTH 1 REV 2005)			
3	MEMBERITAHU (IK)PENOLONG PEGAWAI KESIHATAN PERSEKITARAN (ONCALL) NAMA IK : TARIKH & MASA:			
4	LENGKAPKAN FAIL REKOD PESAKIT (TBIS 10B-1)			
5	KEPILKAN KEPUTUSAN UJIAN MAKMAL PESAKIT (ASAL)			
6	UJIAN ASAS	RP		
		LFT		
		HEP B		
		HEP C		
		HIV		
		FBS		
7	UJIAN KAHAK MTB C&S (WAJIB)			
8	UJIAN HISTOPATHOLOGY EXAMINATION (HPE)			
9	UJIAN XRAY DADA (WAJIB)			
10	UJIAN CT SCAN (JIKA ADA)			
11	LAIN-LAIN UJIAN :			
12	RUJUK OPHTHAMOLOGI (WAJIB)			
13	KAUNSELING PESAKIT SEBELUM DISCHARGE			
14	MEMBERITAHU KLINIK YANG SAMBUNG RAWATAN			
15	ISI BORANG (TBIS 10F) SAMBUNG RAWATAN			
16	ISI BORANG (TBIS 10K) PINDAH KELUAR			
17	LENGKAPKAN BORANG (TBIS 10i)			
18	MEMBEKALKAN UBAT KEPADA PESAKIT (TIGA HARI)			
19	BUKU DOTS (10 E) MENGISI IKUT FASA (INTENSIF/MANTAINANCE)			
20	BORANG INI DIISI OLEH (PEGAWAI PERUBATAN)			
		COP	TANDATANGAN	

PERINGATAN PENTING: SEMUA KEPUTUSAN UJIAN YANG TELAH DILAKUKAN MESTI DISERTAKAN DALAM FAIL TIBI PESAKIT





MAKLUMAT PERMULAAN RAWATAN PESAKIT TIBI

ARAHAN: Borang ini hendaklah dilengkapkan dan dihantar ke Pejabat Kesihatan Daerah terdekat dalam tempoh 1 minggu dari tarikh diagnosa. Tandakan ✓ di ruangan berkaitan.

A. PUSAT RAWATAN

1 Nama pusat rawatan yang memulakan rawatan: 2 Nama pusat rawatan yang menyambung rawatan:

B. DATA ASAS PESAKIT

3 Nama Pesakit (dan nama panggilan, jika ada): 4 R/N Pusat Rawatan:
 5 No. Pengenalan Diri: 6 No. Dokumen Perjalanan:
 7 Jantina: Lelaki Perempuan 8 Umur: * tahun/bulan 9 Berat Badan: kg
 10 Taraf Perkahwinan: Bujang Berkahwin Duda/Janda Tidak Berkaitan
 11 Tempoh Migrasi (bagi warganegara asing): * bulan/tahun (*potong mana yang tidak berkenaan)

C. ALAMAT PESAKIT

12 Alamat Tempat Tinggal Semasa: (yang boleh dihubungi) Alamat 1: Alamat 2:
 13 Penanda Tempat (Landmark):
 14 No. Telefon:

D. PEKERJAAN PESAKIT

15. Pekerjaan Utama: 16. Lain-lain Pekerjaan:
 16. Jika bertugas di bidang perubatan/kesihatan: i. Anggota KKM? **Ya Tidak
**Sila lengkap borang WEHU 1
 ii. Institusi tempat bertugas: Hospital Poliklinik Masyarakat Klinik Desa Klinik Swasta Lain-lain Klinik (tentera, PBT, estet dll.)
 iii. Bahagian tempat bertugas: Wad Tibi Makmal Mikrobiologi Bilik Rawatan Pesakit Luar/Kecemasan Klinik Dada Lain-lain (nyatakan):

TANDAKAN YANG BERKAITAN SAHAJA

E. SEJARAH PENYAKIT DAN STATUS KESIHATAN PRA-DIAGNOSA TIBI

18. Diabetes Mellitus Ya Tidak 19. Merokok Ya Tidak
 20. Cyanotic Heart Disease Ya Tidak 21. Ketagihan Alkohol Ya Tidak
 22. Liver Disease Ya Tidak 23. Ketagihan Dadah Ya Tidak
 24. Chronic Renal Failure Ya Tidak 25. HIV / AIDS Ya Tidak
 26. Malabsorption Syndrome Ya Tidak 27. Pembedahan Gastrectomy Ya Tidak
 28. Rawatan Steroid Ya Tidak 29. Kanser Ya Tidak
 30. Lain-lain, nyatakan jika ada:

Nota kepada Inspektor Kesihatan: Jawapan "Ya" kepada salah satu kenyataan di atas menunjukkan pesakit ada risiko perubatan. Sila penuhkan petak D10 yang berkaitan dalam TBIS 10A-3.

*** WAJIB TANDAKAN DI SALAH SATU KOTAK**



F. PARUT BCG DAN UJIAN TUBERKULIN (UJIAN MANTOUX)

- 31 Parut BCG: i. Ada (termasuk Keloid) ii. Tiada (termasuk *pinpoint*)
- 32 Jika tiada, nyatakan nama tempat dilahirkan:
- 33 Ujian Tuberkulin: i. Dibuat ii. Tidak Dibuat
34. Jika dibuat, tarikh ujian dibuat: / /
 hari bulan tahun
35. Jika dibuat, bacaan: mm
36. Keputusan: i. Positif ii. Negatif
 Adakah *Brisk*? Ya Tidak
 Adakah *Blister*? Ya Tidak

G. UJIAN MAKMAL

Sapuan Terus		38. Keputusan (Tandakan ✓)						
37. Jenis Spesimen		Tiada Keputusan	Tiada Dibuat	Negatif	1-49/3L (+)	50/>1L (++)	11-49/L (+++)	>50/L (++++)
i. Kahak	Spot I							
	Pagi I							
	Spot II							
	Pagi II							
	Lain-lain:							
39. Spesimen Selain Kahak (nyatakan):		Positif	Negatif	* SEDIAKAN SALINAN SETIAP UJIAN TIBI DI DALAM FOLDER TIBI (TBIS 10B-1)				
ii.								
iii.								
Kultur Untuk AFB - Keputusan Awal (Tandakan ✓)								
40. Jenis Spesimen		Positif	Negatif	Tercemar/Tidak dibuat				
i. Kahak								
41. Spesimen Selain Kahak (nyatakan):								
ii.								
iii.								

H. UJIAN HIV

- 42 Jenis Ujian: * UJIAN HIV WAJIB DIJALANKAN UNTUK SETIAP KES PTB YANG DIDIAGNOS
- i. Saringan Positif / Reaktif Negatif / Tidak Reaktif
 Tidak diketahui Tidak dibuat
- ii. Pengesahan Positif a. No. Ujian: b. Tarikh:
 Negatif Tidak dibuat
- 43 Jika tidak dibuat, mengapa? Tiada perkhidmatan Tiada kebenaran Lain-lain

I. UJIAN HISTOPATOLOGI

- 44 Jenis Ujian: i. Biopsi Tisu ii. *Fine Needle Aspiration Cytology (FNAC)*
- 45 Keputusan:



J. UJIAN RADIOLOGI DAN IMAGING

- 46 X-Ray Dada: Tidak dibuat Teruk (*Moderately Advanced*)
 No lesion Sangat Teruk (*Far Advanced*)
 Sederhana (Minimal)

47. Lain-lain X-Ray/Imaging:

i. Jenis X-Ray/Imaging:

ii. Keputusan:

K. PERIHAL EPISOD TIBI SEMASA

48 Cara Pengesahan:

i. Aktif Pemeriksaan Kontak Kajian Khas

ii. Pasif (Datang Sendiri)

iii. Saringan (nyatakan):

- Pemeriksaan perubatan untuk pengambilan pekerja
- Pemeriksaan perubatan untuk melanjutkan pelajaran
- Saringan pekerja melalui FOMEMA
- Pemeriksaan pekerja berkala
- Saringan khas (nyatakan tujuan):
- Penjara
- Pusat Serenti
- Rumah Orang Tua
- Klinik AIDS/STI
- Lain-lain (nyatakan):

49 Simptom utama: (boleh > 1)

- Batuk melebihi 2 minggu
- Batuk berkahak
- Batuk berdarah
- Susut berat badan
- Demam
- Berpeluh malam
- Kurang selera makan
- Lain-lain (nyatakan):

50 Klinik pertama dilawati dengan tanda-tanda penyakit Tibi. (jika berbeza dengan pusat yang membuat notifikasi)

i. Kemudahan Kerajaan:

- Hospital
- Poliklinik Masyarakat
- Klinik Desa
- Klinik Bergerak
- Pej. Kesihatan (aktiviti pengesanan kontak)
- Pasukan Kesihatan Sekolah
- Klinik di Institusi (Contoh: Pusat Serenti)
- Lain-lain:

ii. Kemudahan Swasta:

- Hospital
- Klinik Persendirian
- Lain-lain (nyatakan):

i. Nama & Alamat Fasiliti:

ii. Adakah ujian sapanus terus kahak dibuat? Ya Tidak

i. Jika Ya, keputusan: Positif Negatif

51 Kategori Kes Tibi: Kes Baru Kes Setelah Terhenti Rawatan
 Kes Berulang Kes Setelah Gagal Rawatan

52 Jika Kes Setelah Gagal Rawatan, adakah kes ini kes Tibi Kronik? Ya Tidak

53 Lokasi Anatomi Tibi (Diagnosa): Tibi Pulmonari Tibi Pulmonari dan Ekstrapulmonari Tibi Ekstrapulmonari

54 Jika Ekstrapulmonari, nyatakan nama organ yang terlibat: i. ii.

Adakah, 55. Tibi Meningitis? Ya Tidak

56 Tibi Miliari? Ya Tidak

57 Diagnosa Penuh (nyatakan):



K. PERIHAL EPISOD TIBI SEMASA (Sambungan...)

58 Tempat Membuat Diagnosa:

- Swasta
- Hospital Kerajaan
- Poliklinik Masyarakat
- Klinik Desa

59 Tempat Memulakan Rawatan:

- Swasta
- Hospital Kerajaan
- Poliklinik Masyarakat
- Klinik Desa

60 Tarikh Rawatan Dimulakan:

/ /

hari bulan tahun

61 i. Regim Rawatan Fasa Intensif:

- 2SHRZ
- 2EHRZ
- 2HRZ
- Lain-lain, nyatakan:

ii. Cadangan Regim Rawatan Fasa Sambungan

- 4H₂R₂
- 4S₂H₂R₂
- 4HR
- 4H₃R₃
- 4S₃H₃R₃
- Lain-lain, nyatakan:

62 Nama dan Tandatangan Doktor:

L. RAWATAN TIBI EPISOD DAHULU (Bagi Kes Berulang, Terhenti Rawatan dan Gagal Rawatan)

63. Nama dan Alamat Pusat Rawatan Dahulu:

*** JIKA ADA**

64. Tarikh Rawatan Dimulakan:

65. Tarikh Rawatan Berakhir:

66. Tempoh Rawatan:

*minggu/bulan (*potong mana yang tidak berkenaan)

67. No. Daftar Tibi Dahulu:

M. SENARAI KONTAK YANG TELAH DIPERIKSA (Sila gunakan lampiran jika ruangan tidak mencukupi)

Bil.	68. Nama	69. Jantina	70. Umur	71. Alamat Semasa	72. Hubungan	73. Keputusan
1.						
2.						
3.						
4.						
5.						
6.						
7.						
8.						
9.						
10.						

N. PELAPOR

74 Nama Pelapor:

75 Tandatangan dan Cop Jawatan

76 Cop Pusat Rawatan

77 Tarikh:

/ /

hari bulan tahun



<p>KEPADA,</p> <p>Pegawai Yang Menjaga KLINIK KESIHATAN YANG DIRUJUK UNTUK SAMBUNG RAWATAN</p> <p>Nama Pusat Rawatan: <input type="text"/></p> <p>Alamat: <input type="text"/></p> <p>Daerah: <input type="text"/> Poskod: <input type="text"/></p>	<p>DARIPADA, No. Rujukan Kami: <input type="text"/></p> <p>Jawatan Pengirim: COP DOKTOR</p> <p>Nama Pusat Rawatan: <input type="text"/></p> <p>Alamat: <input type="text"/></p> <p>Daerah: <input type="text"/> Poskod: <input type="text"/></p> <p>No. Tel: <input type="text"/> Tarikh: <input type="text"/></p>
---	--

Tuan,

MAKLUMAN UNTUK MENYAMBUNG RAWATAN DAN HASIL PEMERIKSAAN ULANGAN

Adalah dimaklumkan bahawa pesakit Tibi berikut telah * *dimulakan rawatan/menjalani pemeriksaan ulangan* di pusat rawatan ini pada (tarikh)

Nama Pesakit: <input type="text"/>	No. Daftar Tibi atau R/N: <input type="text"/>
------------------------------------	--

2. Maklumat pesakit adalah seperti berikut:

<p><input type="checkbox"/> Untuk tujuan menyambung rawatan</p> <p>Tarikh diagnosa <input type="text"/></p> <p>Lokasi Anatomi <input type="checkbox"/> Pulmonari</p> <p>Tibi (Diagnosa) <input type="checkbox"/> Pulmonari & Ekstrapulmonari</p> <p><input type="checkbox"/> Ekstrapulmonari</p> <p>Organ terlibat <input type="text"/></p> <p>(Jika Ekstrapulmonari)</p> <p>Status kahak di awal rawatan <input type="checkbox"/> +ve <input type="checkbox"/> -ve</p> <p>Kategori kes <input type="checkbox"/> Kes baru</p> <p><input type="checkbox"/> Kes berulang</p> <p><input type="checkbox"/> Kes setelah terhenti rawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Kes telah gagal rawatan</p>	<p><input type="checkbox"/> Hasil pemeriksaan ulangan</p> <p><input type="checkbox"/> Ditamatkan rawatan kerana:</p> <p><input type="checkbox"/> Sembuh</p> <p><input type="checkbox"/> Sempurna Rawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Terhenti Rawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Gagal Rawatan</p> <p><input type="checkbox"/> Mati</p> <p><input type="checkbox"/> Pindah Keluar dan Hilang</p> <p><input type="checkbox"/> Bertukar Diagnosis</p> <p>Diagnosis Baru: <input type="text"/></p> <p style="text-align: center;">ISIKAN YANG BERKAITAN</p>
--	---

ARAHAN:

<p><input type="checkbox"/> Sila teruskan rawatan dengan regim berikut:</p> <table style="width: 100%;"> <tr> <td>i/m SM</td> <td><input type="text"/></td> <td>Gm</td> <td rowspan="6" style="font-size: 2em; vertical-align: middle;">}</td> <td rowspan="6" style="vertical-align: middle;"><i>*daily/ biweekly</i></td> </tr> <tr> <td>INH</td> <td><input type="text"/></td> <td>mg</td> </tr> <tr> <td>RIF</td> <td><input type="text"/></td> <td>mg</td> </tr> <tr> <td>PZA</td> <td><input type="text"/></td> <td>mg</td> </tr> <tr> <td>ETB</td> <td><input type="text"/></td> <td>mg</td> </tr> <tr> <td>Vit. B6</td> <td><input type="text"/></td> <td>mg</td> </tr> </table> <p>Lain-lain ubat: <input type="text"/></p> <p><input type="checkbox"/> Sila maklumkan kepada PR ini melalui telefon jika pesakit gagal hadir ke PR tuan satu minggu dari tarikh surat ini.</p> <p><input type="checkbox"/> Pesakit dikehendaki hadir semula kesini ini pada <input type="text"/> untuk pemeriksaan ulangan</p>	i/m SM	<input type="text"/>	Gm	}	<i>*daily/ biweekly</i>	INH	<input type="text"/>	mg	RIF	<input type="text"/>	mg	PZA	<input type="text"/>	mg	ETB	<input type="text"/>	mg	Vit. B6	<input type="text"/>	mg	<p>Sekian, harap maklum dan terima kasih,</p> <p>“ BERKHIDMAT UNTUK NEGARA ”</p> <p>Saya yang menurut perintah,</p> <p>.....</p> <p>Nama Pengirim:</p> <p>Cop Pusat Rawatan:</p> <p style="text-align: center;">ISIKAN YANG BERKAITAN</p> <p>* SATU SALINAN DIBERIKAN KEPADA PESAKIT UNTUK DIBAWA KE KLINIK KESIHATAN</p> <p>* SATU SALINAN LETAK DI DALAM FOLDER TIBI PUTIH TBIS10B-1</p>
i/m SM	<input type="text"/>	Gm	}			<i>*daily/ biweekly</i>															
INH	<input type="text"/>	mg																			
RIF	<input type="text"/>	mg																			
PZA	<input type="text"/>	mg																			
ETB	<input type="text"/>	mg																			
Vit. B6	<input type="text"/>	mg																			

* potong yang mana tidak berkenaan



KEPADA, Pegawai Perubatan Y/M Nama Pusat Rawatan: KLINIK KESIHATAN YANG DIRUJUK UNTUK SAMBUNG RAWATAN Alamat: _____ Daerah: _____ Poskod: _____ s.k. Peg. Kesihatan Daerah: _____	DARIPADA, No. Rujukan Kami: _____ Jawatan Pengirim: COP DOKTOR Nama Pusat Rawatan: _____ Alamat: _____ Daerah: _____ Poskod: _____ Tarikh: ____/____/____
--	--

Tuan,

PEMBERITAHUAN PESAKIT TIBI BERPINDAH KELUAR PUSAT RAWATAN (PR)

Dimaklumkan bahawa pesakit Tibi berikut akan berpindah keluar ke *PR1/PR2 tuan mulai (tarikh).

Nama Pesakit: _____	No. Daftar Tibi: _____
Alamat Baru: _____	Regim Rawatan: _____

- Sila rujuk pesakit untuk pemeriksaan ulangan (*review*) pada tarikh-tarikh berikut: i.; ii.; iii.; iv.
*** ISIKAN YANG BERKAITAN**
- Disertakan salinan Kad Rawatan pesakit ini (TBIS 10-I) pesakit ini. TBIS 10-I yang asal (dan semua dokumen asal termasuk X-Ray jika ke PR1) akan dihantar selepas maklumbalas tuan mengesahkan pesakit telah hadir ke PR tuan.
- Sekian, untuk tindakan pihak tuan selanjutnya. Terima kasih. Tandatangani :

*** LETAK BORANG INI DI DALAM FOLDER TIBI PUTIH TBIS 10B-1**

Nota: Salinan surat hendaklah juga dihantar kepada Pejabat Kesihatan Daerah yang baru sekiranya pesakit berpindah keluar daerah.

----- Sila potong di sini -----

(Maklumbalas)

KEPADA, No. Rujukan Tuan: _____ Jawatan Penerima: _____ Nama Pusat Rawatan: _____ Alamat: _____ Daerah: _____ Poskod: _____ s.k. Peg. Kesihatan Daerah: _____	DARIPADA, No. Rujukan Kami: _____ Jawatan Pengirim: _____ Nama Pusat Rawatan: _____ Alamat: _____ Daerah: _____ Poskod: _____ Tarikh: ____/____/____
---	--

Tuan,

MAKLUMBALAS PESAKIT TIBI BERPINDAH KELUAR PUSAT RAWATAN (PR)

Adalah dimaklumkan bahawa pesakit Tibi berikut:

Nama Pesakit: _____	No. Daftar Tibi: _____
<input type="checkbox"/> i. Telah hadir dan meneruskan rawatan di Pusat Rawatan ini mulai tarikh _____	
<input type="checkbox"/> ii. Gagal hadir pada tarikh yang ditetapkan	
Catatan: _____	

- Sekian, harap maklum dan terima kasih

Tandatangan :

Nama Pengirim:

Nota: Salinan surat hendaklah juga dihantar kepada Pejabat Kesihatan Daerah asal dimana pesakit didaftarkan (Pejabat Kesihatan Pendaftar).

* potong mana yang tidak berkenaan

UNTUK KEGUNAAN KLINIK KESIHATAN

TBIS 10-1



Sistem Maklumat Tibi, Kementerian Kesihatan Malaysia

C. FASA RAWATAN SAMBUNGAN

26. Berat Badan pada permulaan fasa kg

27. Tarikh Rawatan Sambungan Dimulakan: / /
hari bulan tahun

28. Regim Rawatan Semasa: i. *Streptomycin* Gm iii. *Rifampicin* mg v. *Ethambutol* mg
 ii. *Isoniazid* mg iv. *Pyrazinamide* mg vi. *Pyridoxine* mg

29. Pertukaran Regim Rawatan: i. *Streptomycin* Gm iii. *Rifampicin* mg v. *Ethambutol* mg
 ii. *Isoniazid* mg iv. *Pyrazinamide* mg vi. *Pyridoxine* mg

30. Tarikh Pertukaran Regim Rawatan: / /
hari bulan tahun

31. Nama Doktor:

Tarikh	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	Jum. Dos sepatut diambil	Jum. Dos diselia
Bulan:																																	
T/t Penyelia																																	
Bulan:																																	
T/t Penyelia																																	
Bulan:																																	
T/t Penyelia																																	
Bulan:																																	
T/t Penyelia																																	
Bulan:																																	
T/t Penyelia																																	
Bulan:																																	
T/t Penyelia																																	

32. Peratus DOT di akhir Fasa Sambungan: %

D. RINGKASAN DI AKHIR RAWATAN (Diisi di Pusat Rawatan 1 setelah rawatan tamat)

33. Tarikh Tamat Rawatan / /
hari bulan tahun

34. Tempoh Rawatan: bulan

35. Status DOT Keseluruhan:
 Jumlah Dos Sepatut Diambil:
 Jumlah Dos Diselia:
 Peratus DOT (%):

36. Bilangan Hari Cicir Rawatan:

Bulan Ke:	1	2	3	4	5	6							Jumlah
Bilangan Hari:													

37. Hasil Rawatan: Sembuh Sempurna Rawatan Terhenti Rawatan Gagal Rawatan Mati Bertukar Diagnosa

38. Tarikh Hasil Rawatan Diketahui/Ditentukan: / /
hari bulan tahun

39. Catatan:

40. Pengesahan Doktor: Nama dan tandatangan

41. Tarikh Pengesahan: / /
hari bulan tahun



BORANG SIASATAN KEMATIAN KES TIBI DALAM RAWATAN

A. MAKLUMAT PUSAT PENDAFTAR DAN PELAPOR

1. Nama Pejabat Kesihatan Pendaftar: 2. Nama Pusat Rawatan yang melaporkan kematian:

B. MAKLUMAT PESAKIT (Tandakan di ruangan berkenaan)

3. Nama Pesakit: 4. No. Daftar Tibi: 5. Jantina: L / P 6. Umur: tahun

7. Kategori Kes Tibi: Kes Baru
 Kes Berulang
 Kes Setelah Gagal Rawatan
 Kes Setelah Terhenti Rawatan

8. Diagnosa: Tibi Pulmonari
 Tibi Pulmonari dan Ekstrapulmonari
 Tibi Ekstrapulmonari

9. Diagnosa Penuh (nyatakan): 10. Nyatakan Regim Rawatan yang digunakan:

11. Adakah Regim Rawatan Piawai? Ya Tidak 12. Tarikh Mula Rawatan:

13. Tempoh Menjalani Rawatan bulan 14. Liputan D.O.T. Sehingga Kematian: %

Status Kahak:	+	-	Tidak Diketahui
15. Awal	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Terakhir	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

18. X-Ray Dada Terakhir: Tidak dibuat
 No lesion
 Sederhana (Minimal)
 Teruk (Moderately Advanced)
 Sangat Teruk (Far Advanced)

19. Tarikh Dibuat:

17. Tarikh Terakhir Dibuat:

20. Adakah Kes Ini:

- | | |
|---|---|
| i. HIV Positif Pra-Diagnosa? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | iv. Tibi Meningitis? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| ii. HIV Positif Post-Diagnosa? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | v. Tibi Miliari? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |
| iii. MDRTB? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak | vi. Tibi Kronik? <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak |

C. MAKLUMAT KEMATIAN

21. Tarikh Kematian: 22. Tempat Kematian: Hospital Rumah Lain-lain

23. Nama Pelapor: 24. Jawatan:

25. Tarikh Dilaporkan: 26. Pengesahan Kematian oleh Doktor: Ada Tiada

D. KEPUTUSAN MESYUARAT ODIT KEMATIAN (Peringkat Daerah)

27. Faktor penyumbang:

Lewat Diagnosa Salah Pengendalian Kegagalan Multi-Sistem
 Jangkitan Sekunder Lain-lain (nyatakan):

28. Sebab Kematian: Sebab Tibi (Due to TB) Bukan Sebab Tibi (Not due to TB)
(Sekiranya sebab kematian tidak dapat ditentukan, tanya hendaklah diputuskan di peringkat Negeri)

29. Sebab Penuh Kematian (nyatakan):

30. Catatan:

31. Nama dan T/tangan Pengerusi Mesyuarat Jawatan kuasa Odit Daerah:

32. Tarikh Mesyuarat:

TIDAK PERLU ISI