



BORANG DEKLARASI KESIHATAN PESAKIT LUAR & WARIS UNTUK SARINGAN COVID-19 HOSPITAL SELAYANG



Table with 4 columns: Question, YA, TIDAK. Contains 10 numbered questions regarding travel, contact, and quarantine.

Table with 3 columns: GEJALA, YA, TIDAK. Lists symptoms 1-6: Demam, Batuk, Sesak Nafas, Chills, Rigors, Sudden onset anosmia.

Table with 3 columns: GEJALA, YA, TIDAK. Lists symptoms 7-12: Myalgia, Sakit Kepala, Sakit Tekak, Diarrhoea, Fatigue, Sudden onset ageusia.

NOTA

- Saringan ini dilakukan untuk memastikan pesakit luar dan waris memenuhi kriteria saringan.
•Ini bagi mengelakkan pesakit atau wargakerja terdedah kepada mereka yang mungkin telah dijangkiti secara sporadik di dalam komuniti
•Proses saringan akan mengambil masa yang lama jika ramai pesakit.
•Perbuatan memberikan maklumat palsu atau menyembunyikan maklumat berkenaan COVID-19 sehingga menimbulkan risiko kepada kakitangan hospital merupakan satu kesalahan jenayah di bawah Seksyen 22(d) Akta Pencegahan dan Pengawalan Penyakit Berjangkit 1988, di mana anda boleh dipenjarakan selama tempoh 2 tahun atau denda atau kedua-duanya sekali.

PENGAKUAN

Saya mengakui bahawa maklumat perubatan yang diberikan adalah BENAR dan sekiranya maklumat itu palsu atau saya didapati menyembunyikan maklumat kesihatan saya, tindakan undang-undang boleh dikenakan ke atas saya.

Tandatangan :

Nama :

No. KP :

Tarikh :

No .Telefon :

Alamat :

PENGESAHAN ANGGOTA PENYARINGAN KESIHATAN

Saya dengan ini mengaku bahawa saya telah membuat saringan kesihatan penama di atas.

Tandatangan :

Nama :

No. MMC :

Cop :

Tarikh :