

Lampiran 5 Contoh Borang (notifikasi/keram-metanol 2013)

notifikasi/keram-2013

BORANG NOTIFIKASI KERACUNAN METANOL

Daerah: _____
 Tarikh Notifikasi: _____
 Laporan dari Klinik Kesihatan / Klinik Swasta/ Hospital: _____
 Tel: _____ Faks: _____ Emel: _____
 Nama pesakit: _____
 Alamat Tempat Tinggal Pesakit: _____
 Alamat Tempat Bekerja: _____
 No. Telefon rakan / ahli keluarga pesakit: _____
 No. Telefon majikan pesakit: _____
 No. Kad Pengenalan / No. Paspot: _____
 Umur: _____ Jantina: _____ Etnik: Melayu / Cina / India / Lain-lain : _____ (nyatakan)
 Kewarganegaraan: _____
 Tarikh onset: _____

<p>Sila tandakan (/) pada tanda-tanda klinikal di kotak yang berkenaan.</p> <table border="1" style="width: 100%;"> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Mati (BID): Tarikh _____</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Sakit perut</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Muntah</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Kabur penglihatan/ buta</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Sawan</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Kurang sedar / tidak sedar</td></tr> <tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Lain-lain (Nyatakan): _____</td></tr> </table>	<input type="checkbox"/>	Mati (BID): Tarikh _____	<input type="checkbox"/>	Sakit perut	<input type="checkbox"/>	Muntah	<input type="checkbox"/>	Kabur penglihatan/ buta	<input type="checkbox"/>	Sawan	<input type="checkbox"/>	Kurang sedar / tidak sedar	<input type="checkbox"/>	Lain-lain (Nyatakan): _____	<p>Keputusan makmal</p> <p>Keputusan makmal & Tarikh ujian (jika ada)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Arteri pH: _____ 2. Serum Bicarbonate (HCO₃): _____ 3. Serum Methanol: _____ 4. Serum Ethanol: _____ 5. Urine Ethanol: _____ 6. Urine Methanol: _____ 7. Serum creatinine: _____ 8. Serum Urea/ Sodium Potassium: _____
<input type="checkbox"/>	Mati (BID): Tarikh _____														
<input type="checkbox"/>	Sakit perut														
<input type="checkbox"/>	Muntah														
<input type="checkbox"/>	Kabur penglihatan/ buta														
<input type="checkbox"/>	Sawan														
<input type="checkbox"/>	Kurang sedar / tidak sedar														
<input type="checkbox"/>	Lain-lain (Nyatakan): _____														

Adakah pesakit mengambil Minuman Beralkohol dalam masa lima hari yang lepas:

Jika ya, nyatakan tarikh terakhir minum: _____

Kuantiti: _____ ml Jenis minuman: _____

Jenama: _____

Alamat tempat pesakit minum minuman beralkohol: _____

Alamat tempat pesakit membeli minuman beralkohol: _____

Bilangan rakan / keluarga yang minum bersama: _____

Adakah minuman beralkohol dicampur dengan bahan lain seperti: (redbull / spirit / estasy, dll):

Ya Tidak

Jika ya, nyatakan bahan tersebut: _____

Baki minuman dihantar ke makmal: Ya (Tarikh: _____) Tidak

Diagnosis: _____ Tarikh diagnosis: _____

Status pesakit : A&E / Wad/ ICU

Nama pegawai yang mendiagnosa : _____ Jawatan: _____

Nama pegawai yang melaporkan: _____

Jawatan: _____ Tandatangan: _____ Tarikh: _____

No. Telefon Pelapor: _____ Faks: _____

Sila fakskan borang ini dalam masa 24 jam kepada Pejabat Kesihatan Daerah berdekatan

