



Kementerian Kesihatan Malaysia
Program Kawalan Penyakit TB
Permohonan ujian TB

A. Pusat Pungutan spesimen (Wad/KK/Hospital) :		Tarikh Permohonan:	
B. Maklumat Pesakit			
Nama :		No Pengenalan Diri (IC/Pasport) :	
Umur :	No Telefon :	Jantina: ☐ M ☐ F	
Alamat:		Warganegara : ☐ Malaysia ☐ Bukan Malaysia, Nyatakan	
Status RVD : ☐ Positif ☐ Negatif		☐ Diabetik? : ☐ Ya ☐ Tidak	
C. Sebab memohon (Tandakan satu)		Adakah pesakit telah menerima rawatan $\geq$ 1 bulan?	
☐ Presumptive TB ----->		☐ Ya ☐ Tidak (New Case)	
☐ Follow-up TB case (Month of treatment:months) ----->		Sekiranya YA,	
☐ Contact of TB case ----->		No Pendaftaran TB bagi kes adalah: ☐ ☐ - ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐	
☐ Contact of DRTB case (RR, MDR, XDR, TDR) ----->		Klasifikasi <i>Previously Treated TB</i> adalah :	
☐ Suspected MDR-TB ----->		☐ After Failure of 1st treatment ☐ After Failure of retreatment	
☐ Surveillance of		☐ After loss to follow-up ☐ Relapse ☐ Others	
D. Jenis Specimen : ☐ Kahak (x1 / x2 / x3) ☐ Spot ☐ Pagi ☐ lain-lain (nyatakan) :			
Tarikh pengambilan spesimen : ☐ ☐ - ☐ ☐ - ☐ ☐ ☐ ☐			
E. Ujian Di pohon ☐ Microskopik ☐ Kultur ☐ ID & Kerentanan Ubatan (Drug susceptibility)			
☐ PCR MTB ☐ Xpert MTB/RIF ☐ LPA ☐ Interferon Gamma Release Assay (IGRA)			
F. Maklumat Pemohon			
Tandatangan :			
Nama :			
Jawatan & Cop Rasmi :			
No.Telefon :			
KEPUTUSAN UJIAN MAKMAL (Di isi oleh pihak makmal yang menjalankan ujian)			
(Sila gunakan bahagian belakang mukasurat ini sekiranya ruangan tidak mencukupi)			
Diuji oleh:		Disahkan oleh	
Tandatangan:		Tandatangan:	
Nama:		Nama:	
Jawatan & Cop Rasmi:		Jawatan & Cop Rasmi:	
No.Telefon:		No.Telefon:	