

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: _____

Sila tandakan (/) pada tanda-tanda klinikal di kotak yang berkenaan.

<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): _____

Keputusan makmal

Keputusan makmal & Tarikh ujian (jika ada)

- Arteri pH: _____
- Serum Bicarbonate (HCO_3): _____
- Serum Methanol: _____
- Serum Ethanol: _____
- Urine Ethanol: _____
- Urine Methanol: _____
- Serum creatinine: _____
- Serum Urea/ Sodium Potassium: _____

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: _____