

BORANG AKUAN KESIHATAN

Para Pesakit & Pelawat yang dihormati,
 Untuk mengelakkan penyebaran COVID-19 dalam komuniti kami dan mengurangkan risiko pendedahan kepada diri anda dan staf kami, sila isikan borang ini dengan betul dan tepat

*Menyembunyikan dan membuat pengakuan palsu boleh didakwa di bawah **Akta Pencegahan dan Kawalan Penyakit Berjangkit 1988.***

Terima kasih atas masa dan kerjasama anda.

***Sila tanda (✓) di kotak yang berkenaan.**

***Saya adalah:** Pesakit Menemani pesakit Penjaga Pelawat

*Saya ingin melawat:	<input type="checkbox"/> Klinik Pakar Luar	<input type="checkbox"/> Kemoterapi	<input type="checkbox"/> Farmasi
	<input type="checkbox"/> Wad (sila nyatakan Bilik No.: _____)	<input type="checkbox"/> Dialisis	<input type="checkbox"/> Fisioterapi
	<input type="checkbox"/> Kecemasan/Pusat Permeriksaan Kesihatan	<input type="checkbox"/> PET-CT	<input type="checkbox"/> Sinar-X/MRI/CT-Scan
	<input type="checkbox"/> Lain-lain (sila nyatakan): _____		

Nama Penuh (seperti dalam IC / Passport)	SILA GUNA HURUF BESAR		
No. Kad Pengenalan Malaysia / No. Pasport		Warganegara	<input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Lain-lain: _____
Tarikh Lahir	(DD/MM/YYYY)	Jantina	<input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan
Alamat di Sarawak	SILA GUNA HURUF BESAR		
No. Telefon		E-Mel	
1.	Pernahkah anda melawat atau tinggal di negara lain sejak 14 hari yang lalu? YA <input type="checkbox"/> (Sila nyatakan: _____) TIDAK <input type="checkbox"/>		
2.	Adakah anda mempunyai kontak rapat dalam tempoh 14 hari yang lalu dengan: (i) Kes COVID-19 yang disahkan ; ATAU (ii) Adalah sebahagian daripada kluster COVID-19 ? YA <input type="checkbox"/> (Sila nyatakan: _____) TIDAK <input type="checkbox"/>		
3.	Adakah anda mempunyai satu atau lebih gejala-gejala berikut dalam tempoh 14 hari yang lalu? Sila tandakan (✓): <input type="checkbox"/> Demam <input type="checkbox"/> Sesak Nafas <input type="checkbox"/> Lain-lain: _____ <input type="checkbox"/> Batuk <input type="checkbox"/> Selesema/Hingus meleleh _____ <input type="checkbox"/> Sakit tekak <input type="checkbox"/> Cirit-birit TIDAK BERKENAAN <input type="checkbox"/>		

*Saya mengaku bahawa semua maklumat yang diberikan dalam borang ini adalah benar dan betul.
 Saya sedar bahawa BMC boleh mendakwa saya jika maklumat yang diberikan adalah palsu dan tidak betul.*

Tandatangan: _____ Tarikh: _____ Masa: _____