



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
PERKHIDMATAN PATOLOGI
HOSPITAL _____

PER—PAT 301

UNTUK KEGUNAAN MAKMAL

LAB NO. _____

1. Nama:		2. No. Pendaftaran:	
3. No. Kad Pengenalan:		4. Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan	
5. Umur:	6. Keturunan:	7. Wad/Klinik:	
8. Tarikh Masuk Wad:	9. Pekerjaan:	10. Taraf Perkahwinan:	11. <input type="checkbox"/> Bayar <input type="checkbox"/> Percuma
12. No. Laporan Dahulu:		13. Butiran Penting	
14. Ringkasan Klinikal, Penemuan Pembedahan dan Riwayat Keluarga:		Ya Tidak	
		Jaundice <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lymphadenopathy <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Hepatomegaly <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Splenomegaly <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Bleeding Tendency <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> H/O Transfusion <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Haematinics _____ _____ _____ Drug/Chemical History _____ _____ _____ Data Makmal Terdahulu Hb _____ Platelet _____ TWDC _____	
15. Diagnosis:			

16. Kategori Permohonan/Jenis Ujian:

Patologi Kimia	Klinikal	Hematologi	Histo/Saitologi	Mikro/Immunologi
B. Sugar <input type="checkbox"/>	Bld. Count <input type="checkbox"/>	PBP <input type="checkbox"/>	Specimen	Specimen Ujian
B. Urea <input type="checkbox"/>	ESR <input type="checkbox"/>	BM Asp. <input type="checkbox"/>		
S. Elec <input type="checkbox"/>	BFMP <input type="checkbox"/>	Hb Analysis <input type="checkbox"/>		
B. Gases <input type="checkbox"/>	U. Sugar <input type="checkbox"/>	Coagulation <input type="checkbox"/>		
S. Bilirubin <input type="checkbox"/>	U. Alb. <input type="checkbox"/>			
LFT <input type="checkbox"/>	U. ME <input type="checkbox"/>			
Se. Creatinine <input type="checkbox"/>	Stool ME <input type="checkbox"/>			
Lain-lain _____				

17. Pengambilan Specimen: Tarikh: [][][][][][] Masa: [][][][][]

18. Nama Doktor: _____

19. Tarikh: _____

Tandatangan dan Cop Doktor