

**PERMOHONAN PERBELANJAAN KEMUDAHAN PERUBATAN
DI BAWAH PEKELILING PERKHIDMATAN BILANGAN 21 TAHUN 2009**

UBAT/ ALAT/ PERKHIDMATAN PERUBATAN/ RAWATAN

- Arahan:**
- Maklumat hendaklah dilengkapkan dengan jelas dan menggunakan huruf besar.
 - Sila rujuk panduan yang disediakan bagi butiran yang berkaitan.

BAHAGIAN I

Butiran Diri Pegawai/ Pesara

1. Nama Penuh (seperti dalam kad pengenalan/ passport)

N	U	R	S	Y	A	W	A	L	B	I	N								
M	O	H	A	M	A	D	S	H	A	R	I	P							

2. No. Kad Pengenalan/ Passport

8	9	0	5	1	4	-	1	4	-	5	5	4	7						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

3. Skim Perkhidmatan/ Gred

4. Pegawai Di Bawah SSB/ SSM

☐ Ya ☐ Tidak

Butiran Diri Pesakit (sekiranya pesakit bukan pegawai/ pesara)

5. Nama Penuh (seperti dalam kad pengenalan/ passport/ sijil kelahiran)

N	U	R	S	Y	A	W	A	L	B	I	N								
M	O	H	A	M	A	D	S	H	A	R	I	P							

6. No. Kad Pengenalan/ Passport/ Sijil Kelahiran

8	9	0	5	1	4	-	1	4	-	5	5	4	7						
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	--	--	--	--	--	--

7. Hubungan Pesakit Dengan Pegawai/ Pesara

8. Maklumat Tambahan Bagi Anak

i. Umur tahun bulan

ii. Daif ☐ Ya ☐ Tidak

iii. Masih Bersekolah ☐ Ya ☐ Tidak

BAHAGIAN II

Butiran Rawatan Dan Tuntutan Perbelanjaan

9. Rawatan Di Hospital/ Klinik Kerajaan

i. Nama & Alamat Hospital/ Klinik Kerajaan

ii. Tarikh Rawatan

(hari)		(bulan)		(tahun)			

10. Pembekal Kemudahan Perubatan

i. Nama & Alamat Hospital/ Agensi Swasta

ii. Tarikh Kemudahan Perubatan Diperolehi

(hari)		(bulan)		(tahun)			

11. Kategori Tuntutan i. ii.

12. Senarai Tuntutan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

Bil.	Nama Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan	No. Rujukan Dokumen Kewangan	Harga (RM)

13. Dokumen Sokongan Yang Disertakan

- ☐ Surat Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan
☐ Surat Pengesahan Kementerian Kesihatan Malaysia
☐ Surat Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia
☐ Surat Pengesahan Institusi Pendidikan/ Pengajian Tinggi
☐ Dokumen Kewangan (contoh: resit, invois, sebut harga atau dokumen kewangan lain yang berkaitan)

BAHAGIAN III

14. Pengesahan Pegawai/ Pesara

"Saya dengan ini mengesahkan bahawa maklumat sebagaimana yang dinyatakan di Bahagian I dan Bahagian II di atas adalah benar belaka. Berkaitan itu, saya memohon supaya perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperolehi sebanyak RM 2500.00 adalah ditanggung oleh Kerajaan."

Tandatangan

(
(nama penuh)

Tarikh

11/1/2022

BAHAGIAN IV

Perakuan Dan Pengesahan Oleh Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan (sila gunakan lampiran sekiranya perlu)

15. Nama/ Jenis Penyakit Yang Dihidapi Oleh Pesakit

Left Radiocarpal Fracture Scaphoid segment and joint anastomosis
stenois

16. Nama Atau Jenis Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperakukan Kepada Pesakit

Left Upper limb. Angioplasty

17. Sebab-sebab Ubat/ Alat/ Perkhidmatan Perubatan/ Rawatan Yang Diperlukan Oleh Pesakit Tidak Dapat Dibekal/ Disediakan Oleh Hospital/ Klinik Kerajaan

tidak dibekalkan oleh hospital

18. Perakuan Dan Pengesahan Pegawai/ Pakar Perubatan Kerajaan

"Saya dengan ini memperakukan bahawa kemudahan perubatan seperti di butiran 16 di atas diperlukan oleh pesakit berdasarkan penyakit yang dihidapinya. Saya juga mengesahkan bahawa kemudahan perubatan berkenaan tidak dapat dibekal/ disediakan oleh pihak hospital/ klinik atas sebab-sebab seperti yang dinyatakan dalam butiran 17 di atas."

Tandatangan

(
(nama penuh)

Jawatan

Tarikh

10/1/2022

Nama & Cop Rasmi Pegawai/ Pakar Perubatan



BAHAGIAN V

Kelulusan Penggunaan Ubat (ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan KKM/ hospital universiti sahaja)

19. Kelulusan Penggunaan Ubat Oleh Kementerian Kesihatan Malaysia/ Pengarah Hospital Universiti

"Penggunaan ubat yang tidak disenaraikan dalam senarai ubat-ubatan Kementerian Kesihatan Malaysia/ hospital universiti seperti di butiran 16 di atas adalah *DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN."

Tandatangan

(
(nama penuh)

Jawatan

Tarikh

Cop Rasmi KKM/ Pengarah Hospital Universiti



* potong mana yang tidak berkenaan

BAHAGIAN VI

20. Pengesahan Dan Keputusan Ketua Jabatan

"Saya dengan ini mengesahkan bahawa permohonan pegawai/ peserta mematuhi syarat-syarat dan peraturan-peraturan sebagaimana yang ditetapkan dalam Perintah Am Bab F Tahun 1974 dan Pekeliling Perkhidmatan Bilangan 21 Tahun 2009. Berkaitan itu, permohonan perbelanjaan bagi maksud kemudahan perubatan yang diperolehi sebanyak RM _____ adalah ***DILULUSKAN / TIDAK DILULUSKAN.***"

Nama & Cop Rasmi

Tandatangan

(_____)
(nama penuh)

Jawatan

Tarikh: _____

* potong mana yang tidak berkenaan

--

**JABATAN PENGIMEJAN BIO-PERUBATAN
PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA**

**BORANG BAYARAN DEPOSIT UNTUK PROSEDUR INTERVENSIONAL
RADIOLOGI**

Tarikh : 28/12/2021

Kepada	Pharm Selatan Tingkat 1, (bersebelahan pintu masuk Menara Selatan) Menara Selatan 03-7949 2140 (Isnin-Jumaat : 8:30 am - 5:00 pm) ATAU Pharm UMMC Tingkat Bawah (berhadapan Farmasi Utama RUKA) Menara Utama 03-79492174 (Isnin - Jumaat : 7:30 am - 8:30 am) (Isnin - Jumaat : 5:00 pm - 8:00 pm) Sabtu : 9:00 am - 1:00 pm	Daripada	Jabatan Pengimejan Bio-Perubatan Intervensional Radiologi: 03-79492530 / 2094 (IR) 03-79498001 / 8899 (Mamografi) 03-79493587 (MRI)
Perkara	BAYARAN / PEMULANGAN DEPOSIT (C) UL Angioplasty	Nama Pesakit	Nur Syawal Bin Muhamad Shanf 12485907
		RNIC	

- ☒ Sila ambil bayaran **deposit / tambahan sebanyak RM 3500.00 untuk prosedur (C) UL Angioplasty
- ☐ Dimaklumkan bahawa pesakit di atas **tidak menjalankan / menjalani prosedur dan sila kembalikan **deposit pembayaran / baki yang telah dibuat kepada pihak anda.

Sekian terima kasih.

✓ MOHD FADZLI BIN ISHAK
 NO. PERN : 12276
 JURUK-RAYE
 PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA

Pembayaran boleh di buat secara :

- Tunai
- Kad kredit

Pakar Perunding Radiologi
 Jabatan Pengimejan Bio-Perubatan

.....potong bahagian ini.....

Kepada: Jabatan Pengimejan Bio-Perubatan

Dimaklumkan bahawa pesakit berikut telah membuat **bayaran deposit / tambahan sebanyak RM

Nama pesakit :

RNIC :

No.Resit :

Jumlah Bayaran :

Baki Pemulangan :

Disahkan oleh	: Waidi Pharm Selatan / Pharm UMMC
Tandatangan	:
Cop rasmi	:
Tarikh	:

Yvaga 67am

Anda dinasihatkan untuk hadir di Kaunter Janji Temu Jabatan Pengimejan Bio-Perubatan 45 minit lebih awal dari masa janji temu yang diberi bagi tujuan pendaftaran dan persediaan prosedur

- Sekiranya anda datang lewat daripada masa janji temu anda, pemeriksaan anda berkemungkinan akan dijadualkan ke tarikh yang lain.
- Pastikan anda hadir awal untuk mengelakkan masalah kesesakan lalu lintas dan tempat letak kereta.
- Sila bawa kad pengenalan / pasport untuk tujuan pengesahan.
- Sila bawa slip janji temu dan sebarang imej pemeriksaan dari hospital lain pada hari janji temu anda (sekiranya ada). Contoh: Filem sinar-X, CT Scan, Ultrasound dan sebagainya.

Jika anda tidak dapat menghadiri janji temu ini, sila hubungi :

03-79492094 (Kaunter Janji Temu Angiografi / Intervensi Radiologi)

- Sila maklumkan kami 2 minggu lebih awal atau secepat yang mungkin sekiranya anda tidak dapat menghadiri janji temu ini.
- Anda akan dihubungi sekiranya terdapat sebarang perubahan pada tarikh janji temu yang diberikan.
- Sekiranya terdapat pertukaran pada nombor telefon anda, sila hubungi nombor telefon di atas untuk makluman kami.
- Sila simpan nombor telefon di atas dalam telefon bimbit anda supaya anda dapat mengenalpasti sebarang panggilan daripada pihak hospital berhujung janji temu anda.

JABATAN PENGIMEJAN BIO-PERUBATAN PUSAT PERUBATAN UNIVERSITI MALAYA

JANJI TEMU & MAKLUMAT Pemeriksaan

~~FISTULOGRAM~~/FISTULOPLASTY

BAHAGIAN PEMERIKSAAN : UL Angioplasty

NAMA : Muhammad Syarif

NOMBOR PENDAFTARAN : 12485907

TARIKH JANJI TEMU : 20/11/2022 (Khamis)

MASA JANJI TEMU : 10.00am PAGI PETANG

CAJ PROSEDUR : RM. 1350 / 31

CAJ ALATAN (Kaunter Pharm Unit) : RM 3500

NAMA ALATAN PERUBATAN :

ALAHAN / ASMA : TIDAK YA

TARIKH HAID TERAKHIR :

JANJI TEMU DIBERI OLEH : Fadzil Ismail

TARIKH : 28/11/2021

Peringatan: Sila baca semua maklumat dalam risalah ini dengan teliti

PEMERIKSAAN FISTULOGRAM

Apakah fistulogram?

Ia adalah pemeriksaan menggunakan Fluoroskopi untuk melihat laluan salur darah dialisis anda, sama ada berupa fistula ataupun graft untuk melihat sebarang masalah seperti penyempitan atau penyumbatan pada laluan salur darah dialisis tersebut. Bergantung kepada keputusan pemeriksaan, prosedur mungkin akan disambung kepada rawatan susulan seperti Fistuloplasty, stenting atau terapi thrombolisis.

Bagaimanakah prosedur fistulogram dilakukan?

- Prosedur ini boleh dilakukan tanpa pesakit perlu masuk ke wad. Salur darah pada fistula akan dicucuk menggunakan jarum dan cecair kontras (pewarna) akan dimasukkan melalui jarum atau tiub kecil ke dalam salur darah. Semasa kontras dimasukkan, gambar sinaran X akan diambil.
- Pesakit diminta untuk tidak bergerak semasa gambar diambil. Catheter akan dimasukkan melalui vena berpandukan imej Ultrasound dan Fluoroskopi.
- Prosedur ini mengambil masa kira-kira 30 hingga 60 minit.

Apakah risiko, komplikasi atau kesan sampingan prosedur ini?

- Pendarahan pada kawasan tusukan.
- Jangkitan

Apakah yang harus saya jangkakan selepas prosedur?

- Anda sepatutnya boleh menyambung semula aktiviti biasa.
- Anda perlu mendapatkan rawatan perubatan jika anda mengalami sakit dada yang teruk, sesak nafas, sakit perut atau demam gred tinggi.

Persediaan pesakit sebelum pemeriksaan Fistulogram

- Anda dikehendaki menandatangani borang keizinan.
 - Branula akan dipasangkan kepada lengan anda.
 - Anda dikehendaki berpuasa selama 6 jam sebelum prosedur.
 - Bagi pemeriksaan sesi petang (2-5 petang), anda dibenarkan mengambil sarapan pagi yang ringan dan berpuasa selepas itu pada pagi.
 - Perlu berhenti pengambilan ubat pencair darah seperti Aspirin, Warfarin atau Plavix sekurang-kurangnya 5 hari sebelum tarikh janji temu.
 - Pastikan anda tiada alahan terhadap ubatan dan makanan laut serta tidak menghidap penyakit lelah / asma. Jika ada, diminta memberitahu kepada Pakar Radiologi untuk tindakan selanjutnya.
 - Pemeriksaan bagi wanita pula dijadualkan 10 hari dari tarikh pertama pusingan haid melainkan putus haid atau mengamalkan langkah pencegahan kehamilan.
 - Memaklumkan kepada Pakar Radiologi jika anda menghidapi AIDS, Hepatitis atau penyakit berjangkit.
- Doktor / staf terlibat hendaklah diberitahu segera sekiranya:**
- Jika terdapat sebarang perubahan yang ketara pada denyutan nadi, tekanan darah yang diambil sebelum dan selepas prosedur dijalankan. Jururawat perlu memaklumkan kepada pakar terlibat dan langkah-langkah yang sepatutnya perlu diambil.
 - Jika terdapat pendarahan atau bengkak ditempat suntikan.