

No. Rujukan Makmal: **MEASLES & RUBELLA / CONGENITAL RUBELLA SYNDROME (CRS) - BORANG PERMOHONAN UJIAN MAKMAL**

A. MAKLUMAT PESAKIT				
Nama Pesakit:		Daerah:		Negeri:
Warganegara / Bukan Warganegara (nyatakan) :		Bangsa:		Jantina: L / P
No. KP/ lain-lain:		Umur: tahun / bulan		
B. MAKLUMAT IMUNISASI MEASLES (MMR/MR/MMRV)				
Belum layak <input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tiada <input type="checkbox"/> Tidak diketahui <input type="checkbox"/>		Tarikh dos terakhir: / /		Jumlah dos: 1 / 2
C. MAKLUMAT EPIDEMIOLOGI				
Tujuan pensampelan		Ya (✓)		
Wabak/ Kluster/Kontak rapat				
Sporadik/ Diagnostik/ Kes <i>suspected</i>				
		Lokaliti kejadian:		
		Sejarah ke luar negara: Ada / Tiada		Negara:
		Tarikh keluar: / /		Tarikh masuk: / /
D. MAKLUMAT KLINIKAL				
Gejala (Simptom)		Ada (✓) / Tiada (X)		Tarikh mula
Demam				/ /
Ruam ( <i>maculopapular rash</i> )				/ /
Konjunktivitis				Catatan:
Batuk				
"Coryza"				
Kes Kematian/ICU				
Lain-lain (nyatakan):				
E. SPESIMEN KLINIKAL				
Spesimen: <input type="checkbox"/> Pertama <input type="checkbox"/> Kedua (sampel serum ulangan sahaja)			Untuk kegunaan makmal	Tandatangan pegawai yang mengambil spesimen
Spesimen (tandakan ✓ di ruang berkenaan)		Tarikh diambil	Tarikh penghantaran	Tandatangan:  Nama dan Cop Pegawai:
Darah / Serum		/ /	/ /	
Sekresi pernafasan ( <i>Throat swab/ Nasopharyngeal swab/ Respiratory secretion</i> )		/ /	/ /	
Air kencing ( <i>Urine</i> )		/ /	/ /	
CSF ( <i>Cerebrospinal fluid</i> )		/ /	/ /	
F. MAKLUMAT PEMOHON				
Hospital/Klinik Kesihatan/PKD:				
Tandatangan: Nama dan Cop Pegawai:			No telefon:	
G. KAUNTER PENERIMAAN SPESIMEN				
Cop Makmal:		Suhu Penerimaan:		Tarikh: