

Nama PKD:

Document No:MKAK/BKM/Cholin-01

Issue No:1

Effective Date:1 Jan 2015

BORANG PERMOHONAN UJIAN PARAS CHOLINESTERASE

(A) BUTIR PERIBADI			
Nama :			Umur :
No Kad Pengenalan :			Pekerjaan :
Jantina : L / P	Bangsa : M / C / I / L	Taraf Perkahwinan: Bujang / Berkahwin	
Alamat Majikan :			
(B) BUTIR KLINIKAL			
Berat badan :	kg	Tinggi :	m
Tekanan darah :			/mmHg
Ada menggunakan racun perosak selain daripada semasa bekerja? (contoh berkebun atau ladang) Sila tandakan (/) pada kotak.			Ya
			Tidak
Ada mengambil ubat? (Jika ada sila nyatakan nama ubat-ubat tersebut)			
Ada tanda-tanda klinikal berikut (Sila tanda [/] pada kotak)			Sejarah klinikal (termasuk pengambilan alkohol, merokok)
<i>Jaundice</i>	<i>Anxiety</i>	<i>Staggering gait</i>	
<i>Lymphadenopathy</i>	<i>Tremors</i>	<i>Mental confusion</i>	
<i>Hepatomegaly</i>	<i>Salivation</i>	<i>Miosis</i>	
<i>Spleenomegaly</i>	<i>Lacrimation</i>	<i>Hypotension</i>	
Lain-lain: Sila nyatakan			
(C) BUTIR PENYEMBURAN RACUN PEROSAK			
Jenis racun perosak. (Sila tandakan [/] pada kotak)		<i>Organophosphate</i>	<i>Carbamate</i>
Ada memakai perlindungan diri seperti berikut semasa mengendalikan racun perosak? [Sila tandakan (/] pada kotak.]		Topeng muka (<i>mask</i>)	
		Sarong tangan	
		<i>Apron/kot/Baju khas</i>	
		Kasut but getah	
		<i>Earplug/earmuff</i>	
		<i>Goggles</i>	
		Lain-lain. Sila nyatakan.....	
Tarikh akhir penyemburan/pendedahan pada racun perosak (Diisi untuk permohonan <i>baseline</i> shj)			
Tempoh masa anggota direhatkan (Diisi untuk permohonan <i>baseline</i> shj)		> 30 hari	
		> 14 hari	
(D) UJIAN CHOLINESTERASE (Sila tandakan [/] pada yang berkaitan)			
a) Serum <i>BASELINE</i> (Sebelum Penyemburan)			
<i>1st Baseline Sample</i>		Tarikh Pengambilan	Masa Pengambilan
<i>2nd Baseline Sample</i>			
<i>3rd Baseline Sample</i> (Jika perlu)			
b) Serum <i>POST EXPOSURE</i> (Selepas Penyemburan)			
Tarikh Penyemburan			
Tarikh Pengambilan darah		Masa Pengambilan	
Nama Pegawai Perubatan :			
Cop dan Pengesahan :		Tarikh penghantaran :	