

**BORANG NOTIFIKASI KES 'E-CIGARETTE OR VAPING PRODUCT USE-  
ASSOCIATED LUNG INJURY' (EVALI)**

**Maklumat Klinik/Hospital**

Daerah: \_\_\_\_\_

Tarikh Notifikasi: \_\_\_\_\_

Laporan dari fasiliti kesihatan/hospital: \_\_\_\_\_

No.Telefon: \_\_\_\_\_

**Maklumat Pesakit**

Nama Pesakit: \_\_\_\_\_

Alamat Tempat Tinggal Pesakit: \_\_\_\_\_

No. Telefon Pesakit: \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan/ No. Passport: \_\_\_\_\_

Umur: \_\_\_\_\_ Jantina: \_\_\_\_\_ Etnik: \_\_\_\_\_

Kewarganegaraan: \_\_\_\_\_ Tarikh Onset: \_\_\_\_\_

No. Telefon Ibubapa/Waris/Penjaga: \_\_\_\_\_

|   |   |
|---|---|
| <p><b>Gejala-gejala klinikal (Sila tandakan dikotak yang berkenaan) :</b></p> <p><input type="checkbox"/> Sesak nafas</p> <p><input type="checkbox"/> Batuk</p> <p><input type="checkbox"/> Sakit dada</p> <p><input type="checkbox"/> Loya</p> <p><input type="checkbox"/> Muntah</p> <p><input type="checkbox"/> Cirit birit</p> <p><input type="checkbox"/> Sakit perut</p> <p><input type="checkbox"/> Demam</p> <p><input type="checkbox"/> Lain-lain (Nyatakan): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Mati/ Tarikh: _____</p> <p><input type="checkbox"/> BID/ Tarikh: _____</p> | <p><b>Sejarah penggunaan rokok elektronik:</b></p> <p>1. Penggunaan rokok elektronik</p> <p>i. Tarikh terakhir digunakan: _____</p> <p>ii. Tempoh penggunaan: _____</p> <p>iii. Kekerapan penggunaan / hari: _____</p> <p>iv. Penggunaan produk merokok yang lain (Nyatakan): _____</p> <p>v. Sejarah penyalahgunaan bahan terlarang lain (Nyatakan): _____</p> <p>2. Peranti dan cecair rokok elektronik:</p> <p>a) Jenama rokok elektronik: _____</p> <p>b) Rekabentuk (Open or closed): _____</p> <p>c) Jenis bahan yang digunakan:</p> <p><input type="checkbox"/> Nikotin</p> <p><input type="checkbox"/> Perisa (Nyatakan): _____</p> <p><input type="checkbox"/> Bahan-bahan lain (Nyatakan): _____</p> <p>d) Sila sertakan gambar peranti dan cecair elektronik sekiranya ada</p> |
|---|---|

