

	<b>SARINGAN STATUS KESIHATAN (BSSK/W/I/2008)</b>	
<b>WANITA DEWASA</b>		

No. Pendaftaran:..... Tarikh .....

**Benarkan Kami membantu anda:**

1. Memberi khidmat nasihat pengurusan risiko kesihatan anda
2. Memberikan khidmat promosi, pencegahan, perawatan & rehabilitasi
3. Merujuk anda ke perkhidmatan lanjutan jika diperlukan

**Anda hanya perlu:**

1. Luangkan masa untuk mengisi borang ini.
2. Jawab semua soalan dengan jujur dan betul.
3. Tangani risiko kesihatan yang ada pada anda.

**AMALAN UNTUK SIHAT SEPANJANG HAYAT**

			
<b>Makan Secara Sihat</b>	<b>Lakukan Aktiviti Fizikal</b>	<b>Pupuk Minda Sihat</b>	<b>Tidak Merokok</b>

**Tahniah!**

Anda telah mengambil tindakan yang bijak.

Kementerian Kesihatan Malaysia mengucapkan terima kasih kerana sokongan berterusan anda demi mewujudkan masyarakat Malaysia yang sihat dan sejahtera.  
Untuk maklumat lanjut, sila layari [www.myhealth.gov.my](http://www.myhealth.gov.my).

**SEGALA MAKLUMAT ANDA AKAN DIRAHSIAKAN**

B. PERIHAL SEJARAH DAN KESIHATAN SEMASA			
B2	KESIHATAN SEMASA	Ya	Tidak
1	Perubahan / masalah buang air kecil / besar		
2	Luka lambat sembuh		
3	Penebalan kulit / ketulan payudara / anggota lain		
4	Gangguan penghadaman / sukar menelan		
5	Perubahan saiz ketuat / tahi lalat		
6	Adakah anda mengalami perubahan pada suara (menjadi garau/ serak) berpanjangan?		
7	Pernahkah anda mengalami batuk berpanjangan atau batuk berdarah ?		
B3	MASALAH SAKIT PUAN / GINEKOLOGI		
1	Bilakah kali pertama datang haid (kotor) [Nyatakan tarikh/ tahun:.....] – <i>menarche</i>		
2	Bilakah hari pertama datang haid (kotor) yang akhir [Nyatakan tarikh:.....] – <i>LNMP</i>		
3	Adakah anda mempunyai masalah berikut tentang kedatangan haid?	Ya	Tidak
	a. Senggugut (sakit perut yang teruk)		
	b. Tarikh haid tidak tetap (tidak teratur)		
	c. Pendarahan terlalu banyak		
	d. Pendarahan terlalu sedikit		
4	Adakah anda mempunyai masalah berikut		
	a. Perubahan kitaran haid		
	b. Bahang panas di bahagian muka		
	c. Berpeluh-peluh waktu malam		
	d. Kekeringan faraj		
	e. Sakit sewaktu bersetubuh		
	f. Gangguan tidur		
	g. Perubahan emosi		
	h. Kurang nafsu syahwat		
	i. Jangkitan saluran kencing		
	j. Kencing yang tidak boleh dikawal		

<b>B. PERIHAL SEJARAH DAN KESIHATAN SEMASA</b>			
	<b>MASALAH SAKIT PUAN / GINEKOLOGI (sambungan B3)</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
5	Adakah anda pernah mengalami lelehan luar biasa atau nanah dari faraj?		
6	Pernahkah anda menjalani pemeriksaan Pap Smear (Jika Ya, nyatakan tarikh pemeriksaan terakhir):.....		
7	Amalan perancang keluarga yang diamalkan sekarang:		
	a. Pil perancang		
	b. Kaedah Suntikan		
	c. Susuk (Kaedah <i>Implant</i> )		
	d. Alat dalam rahim		
	e. Kondom		
	f. Ikat ( <i>Tubal Ligation/ Vasectomy</i> )		
	g. Lain-lain (sila nyatakan .....		
8	Masalah sakit puan / ginekologi (Jika Ya, nyatakan):.....		
<b>B4</b>	<b>SEJARAH KEHAMILAN</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
1	Bilangan anak:..... Sila nyatakan umur anak terakhir:.....		
2	Kaedah perancang keluarga yang pernah diamalkan dahulu (Nyatakan kaedahnya):.....		
3	Darah tinggi semasa hamil.		
4	Kencing manis semasa hamil.		
5	Sejarah pendarahan semasa hamil.		
6	Sejarah pendarahan selepas bersalin		
7	Sejarah kelahiran secara pembedahan (Jika Ya, nyatakan):.....		
8	Masalah lain semasa kehamilan, jika ya sila nyatakan: .....		
<b>B5</b>	<b>KESIHATAN ORAL</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
1	Adakah anda mempunyai masalah oral ( gigi, gusi dll)		

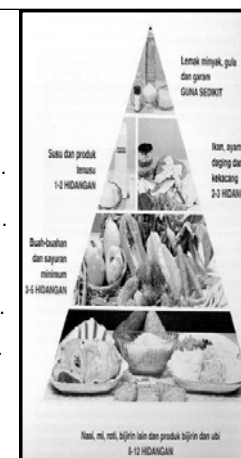
**Kementerian Kesihatan Malaysia**

C. SARINGAN FAKTOR RISIKO (sambungan)							
<b>C4</b>	<b>KESIHATAN MENTAL</b>					<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
1.	Dalam masa 2 minggu yang lepas adakah anda merasa sedih, murung atau tidak berguna?						
2.	Dalam masa 2 minggu yang lepas adakah anda merasa kurang berminat atau kurang seronok dalam melakukan sesuatu?						
<b>C5</b>	<b>PENDERAAN</b>					<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
1	Adakah anda pernah dibuli atau didera, samada secara emosi, fizikal atau seksual?						
<b>D</b>	<b>UKURAN BIOMETRI</b>						
<b>D1</b>	<b>UKURAN BIOMETRI (Diisi oleh Pelanggan / Penolong Pegawai Perubatan /Jururawat )</b>						
1	Tekanan darah	mm / Hg					
2	Kadar nadi	/ min					
3	Tinggi	meter					
4	Berat	kg					
		<b>Normal</b>		<b>Tidak Normal</b>			
5	Lilitan pinggang ..... cm	< 80 cm		≥ 80 cm			
6	Peratus lemak badan .....%	< 35 %		> 35 %			
7	BMI (kg/m <sup>2</sup> )	<b>Kurang berat badan</b> ( < 18.5)	<b>Normal</b> 18.5-24.9)	<b>Lebih berat badan</b> 25.0-29.9)	<b>Obesiti tahap I</b> 30.0-34.9)	<b>Obesiti tahap 2</b> (35.0-39.9)	<b>Obesiti tahap 3</b> ( > 40)
	.....kg/m <sup>2</sup>						

C. SARINGAN FAKTOR RISIKO						
<b>C1.</b>	<b>PEMAKANAN</b>					
1	<b>Adakah anda makan mengikut waktu makan seperti berikut setiap hari?</b>			<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	
	a. Sarapan Pagi					
	b. Makan Tengahari					
	c. Makan Malam					
2	<b>Adakah anda makan makanan seperti berikut setiap sehari?</b>			<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>	
	a. Makanan bijirin seperti nasi, mi atau roti					
	b. Buah-buahan					
	c. Sayur-sayuran					
	d. Susu dan hasil tenusu seperti keju, dadih (yogurt)					
	e. Daging/ ayam / telur / ikan / makanan laut atau kekacang.					
	<b>Amalan pemakanan:</b> (Untuk diisi oleh anggota kesihatan)			<b>Sihat</b>	<b>Tidak Sihat</b>	
<b>C2</b>	<b>PENGUNAAN BAHAN (SUBSTANCE)</b>					
1	Adakah anda mengambil perkara berikut?					
		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>		<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
	a. Rokok/Tembakau			c. Dadah		
	b. Alkohol (Jika ya, nyatakan jumlah diambil dalam sehari.....)			d. Lain-lain (Jika Ya, nyatakan) .....		
<b>C3</b>	<b>AKTIVITI FIZIKAL</b> ( *setiap sesi aktiviti perlu mengambil masa sekurang-kurangnya selama 30 minit dan melebihi 3 kali seminggu )			<b>3 hari atau kurang (Tidak Aktif)</b>	<b>4 hari atau lebih (Aktif)</b>	
1	Nyatakan jumlah hari dalam seminggu, anda melakukan *aktiviti fizikal seperti berkebun atau berjalan ?					
2	Nyatakan jumlah hari dalam seminggu, anda *bersenam seperti berbasikal, berjalan pantas atau berenang?					

B. PERIHAL SEJARAH DAN KESIHATAN SEMASA								
B1	PERUBATAN / PEMBEDAHAN	Sendiri			Keluarga			* Jika 'Ya' nyatakan pertalian
		Ya	Tidak	Tidak Tahu	*Ya	Tidak	Tidak Tahu	
1	Darah tinggi							
2	Diabetes (kencing manis)							
3	Asthma (lelah)							
4	Penyakit Jantung							
5	Kematian mengejut sebelum umur: 45 tahun bagi lelaki 50 tahun bagi wanita (kecuali kemalangan)	Tiada kaitan						
6	Penyakit buah pinggang							
7	Kanser (Jika Ya, nyatakan) :.....							
8	Strok (angin ahmar)							
9	Epilepsi (sawan)							
10	Masalah darah(Thalasaemia, Anemia,Hemofilia,Leukemia dll)							
11	Penyakit berjangkit ( TB, HIV, Hepatitis, penyakit kelamin, Malaria/ Denggi dll)							
12	Merokok/ tembakau							
13	Pengambilan alkohol							
14	Pengambilan dadah							
15	Kegemukan/ Obes							
16	Masalah kesihatan mental (penyakit mental). Jika Ya, nyatakan:.....							
17	Masalah seksual (kurang nafsu syahwat dll)							
18	Alahan Ubat-ubatan / Lain-Lain (Jika Ya, nyatakan):.....							
19	Sejarah Pembedahan (Jika Ya, nyatakan):.....							
20	Lain-lain penyakit (Nyatakan):.....							

A. BIODATA																	
1. Nama Penuh:	.....																
2. Tarikh Lahir:	<table style="display: inline-table; border: none;"> <tr> <td>H</td><td>H</td><td>B</td><td>B</td><td>T</td><td>T</td><td>T</td><td>T</td> </tr> <tr> <td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td><td><input type="text"/></td> </tr> </table>	H	H	B	B	T	T	T	T	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H	H	B	B	T	T	T	T										
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>										
3. No. K/P / Passport:	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>																
4. Warganegara:	<input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Pemastautin tetap <input type="checkbox"/> Warga Asing (nyatakan) :.....																
5. Bangsa:	<input type="checkbox"/> Melayu <input type="checkbox"/> Cina <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Bumiputra Sabah <input type="checkbox"/> Bumiputra Sarawak <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan).....																
6. Agama:	<input type="checkbox"/> Islam <input type="checkbox"/> Buddha <input type="checkbox"/> Hindu <input type="checkbox"/> Kristian <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan):.....																
7. Taraf Pendidikan:	<input type="checkbox"/> Rendah <input type="checkbox"/> Menengah <input type="checkbox"/> Pengajian Tinggi <input type="checkbox"/> Tiada pendidikan formal																
8. Pekerjaan	a. Utama:..... b. Sampingan:.....																
9. Pendapatan:	RM / sebulan																
10. Status perkahwinan:	<input type="checkbox"/> Belum berkahwin <input type="checkbox"/> Berkahwin <input type="checkbox"/> Janda / Balu																
11. Alamat Rumah:	.....																
12. No. Telefon	Telefon bimbit:..... Telefon rumah:..... Telefon pejabat:.....																
13. E-mail:	.....																



Piramid Makanan