

# PEMERIKSAAN KLINIKAL, RUJUKAN DAN INTERVENSI

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

## E PEMERIKSAAN FIZIKAL

(tanda ✓ di ruang yang berkaitan dan nyatakan jika abnormal)

### E1 PEMERIKSAAN FIZIKAL ASAS (Diisi oleh Pen.Pegawai Perubatan / Jururawat)

1. General	Hydration		Poor		Good	
	Pallor		Yes		No	
	Cyanosis		Yes		No	
	Jaundice		Yes		No	
	Ankle edema		Yes		No	
	Nicotine stained teeth		Yes		No	
	Nicotine stained fingers		Yes		No	
	Odour of cigarette smoke		Yes		No	
	Skin eg petechiae *(specify):.....		Abnormal*		Normal	
	Lymph nodes *(specify):.....		Abnormal*		Normal	
Pendengaran (Tuning Fork Examination) *(specify):.....	Right Ear	Abnormal*		Normal		
	Left Ear	Abnormal*		Normal		
2. Oral	Oral		Poor		Good	
3. Eye	Visual Acuity	With Glasses	Without Glasses			
		Right Eye 6/	Right Eye 6/	Poor		Good
		Left Eye 6/	Left Eye 6/	Poor		Good
	Sclera		Icteric		Clear	
	Cataract		Yes		No	
	Others (specify):.....					

F2	Rujukan	✓	Tarikh Janjitemu				
1	Pakar Perubatan Keluarga		/ /				
2	Pegawai Perubatan		/ /				
3	Pegawai Pendidikan Kesihatan		/ /				
4	Lain-lain (nyatakan)		/ /				
Nama Pen. Peg. Perubatan / Jururawat		Tandatangan	Tarikh				
<b>G PENGURUSAN PEGAWAI PERUBATAN</b>							
<b>G1 PEMERIKSAAN FIZIKAL</b>							
1	General	Hydration		Poor		Good	
		Pallor		Yes		No	
		Cyanosis		Yes		No	
		Jaundice		Yes		No	
		Ankle edema		Yes		No	
		Nicotin stained teeth		Yes		No	
		Nicotin stained fingers		Yes		No	
		Odour of cigarette smoke		Yes		No	
		Skin eg petechiae *(specify) .....		Abnormal*		Normal	
		Lymph nodes *(specify) .....		Abnormal*		Normal	
2	Eye	Visual Acuity	Right Eye 6 / Left Eye 6 /	Poor		Good	
		Sclera		Icteric		Clear	
		Cataract		Yes		No	
		Funduscopy		Abnormal		Normal	
3	Head and Neck	Leukoplakia at oropharynx		Yes		No	
		Thyroid enlargement		Yes		No	
		Parotid Swelling		Yes		No	
		Lump*(specify).....		Yes		No	
		Others *(specify).....					

ms 5

ms 5						
G	PENGURUSAN PEGAWAI PERUBATAN (sambungan)					
				✓		✓
4	Respiratory	Chest Expansion		Abnormal		Normal
		Hyper-resonance		Yes		No
		Air entry		Abnormal		Normal
		Breath Sounds		Abnormal		Normal
		Additional Sounds		Yes		No
		Wheeze		Yes		No
		Rhonchi		Yes		No
		Crepitations		Yes		No
5	Cardiovascular	Peripheral pulses		Absent		Present
				Irregular		Regular
		Cardiomegaly		Yes		No
		Heart Sound		Abnormal		Normal
		Basal Crepitations		Yes		No
6	Breasts	Right	If abnormal (specify)	Abnormal		Normal
		Left	If Abnormal (specify)	Abnormal		Normal
7	Abdomen	Distension		Yes		No
		Tenderness		Yes		No
		Liver		Palpable		Not Palpable
		Spleen		Palpable		Not Palpable
		Ascites		Yes		No
		Bowel sounds		Absent		Present
8	Reproductive / Genitourinary System	Genitalia		Abnormal		Normal
		If abnormal (specify)				
		Tanner rating		Abnormal		Normal

ms 8

ms 8				ms 8	
G5	RUJUKAN KEPADA			Hadir	
	Anggota	✓	Tarikh Janjitemu	Ya	Tidak
1	Pakar Perubatan Keluarga		/ /		
2	Pegawai Zat Makanan		/ /		
3	Pegawai Pendidikan Kesihatan		/ /		
4	Jurupulih Perubatan (Anggota)		/ /		
5	Jurupulih Perubatan (Carakerja)		/ /		
6	Pegawai Psikologi Klinikal		/ /		
7	Kaunselor		/ /		
8	Pegawai Kerja Sosial Perubatan		/ /		
9	Pegawai Dietetik		/ /		
	Perkhidmatan (nyatakan)	✓	Tarikh Janjitemu	Ya	Tidak
A					
B					
C					
Nama Pegawai Perubatan		Tandatangan		Tarikh	

ms 7

<b>G2 UJIAN MAKMAL / SARINGAN SPESIFIK (JIKA TERDAPAT INDIKASI) <i>sambungan</i></b>				
	Diagnosis / Faktor risiko	Investigations	✓	Results
5	Obesiti	U FEME		
		FBC		
		FBS		
		2 HPP		
		LFT		
		FSL		
	TFT ( <i>if indicated or age &gt; 18 yrs</i> )			
6	Kurang Berat Badan	U/FEME		
		FBC		
		FBS		
		TFT		
		LFT		
		<i>Renal profile</i>		
7	Risiko Talasemia	FBC		
8	Stress	DASS		
	Anxiety			
	Depression			
	Masalah-masalah mental Lain (Nyatakan):			
8	Masalah Kulit (Nyatakan):			
9	Lain-lain (Nyatakan):			
<b>G3</b>	<b>PROVISIONAL DIAGNOSIS</b>			
1				
2				
3				
<b>G4</b>	<b>RISKS IDENTIFIED</b>			
a				
b				
c				
d				

ms 6

<b>G PENGURUSAN PEGAWAI PERUBATAN (sambungan)</b>							
				✓		✓	
9	CNS	Sensation	Abnormal		Normal		
		Reflexes	Abnormal		Normal		
10	Musculo-skeletal	Gait	Abnormal		Normal		
		Upper-limb	Tone				
			Gait				
			Others (specify) .....				
		Lower Limb	Tone				
			Gait				
Others (specify) .....							
<b>G2</b>	<b>UJIAN MAKMAL / SARINGAN SPESIFIK (JIKA TERDAPAT INDIKASI)</b>						
	Diagnosis / Faktor risiko	Investigations		✓	Results		
1	Merokok	Carbon monoxide level (exhale)					
		Lung Function Test					
2	Alkohol	FBC					
		LFT					
		Hep B /C					
		FBP					
3	Dadah	FBC					
		HBc Ag					
		HBs Ag					
		HIV Screening					
		LFT					
4	Penyakit Bawaan Seks (STDs)	FBC					
		UFEME					
		Venereal swab/ smear					
		VDRL					
		Hep B /C					
		HIV Screening					

ms 3

E2 PEMERIKSAAN FIZIKAL KHUSUS UNTUK REMAJA PEREMPUAN						
( Diisi oleh oleh Jururawat ) Note: Consent from parents needed for number 3 and 4 for adolescents <16 years						
1	Breasts	Right	Abnormal *(specify)		Normal	
		Left	Abnormal *(specify)		Normal	
2	Vaginal Examination (If applicable)		Abnormal *(specify)		Normal	
3	Per Vaginal Speculum Examination (If applicable)		Abnormal *(specify)		Normal	
4	Pap Smear		Not Taken		Taken	
Nama Jururawat			Tandatangan		Tarikh	
<b>F</b>	<b>RINGKASAN SARINGAN AWAL FAKTOR RISIKO DAN RUJUKAN</b> (Sila tanda '✓' oleh Penolong Pegawai Perubatan / Jururawat )					
<b>F1</b>	<b>Risiko/ Masalah</b>	✓		<b>Risiko/ Masalah</b>		✓
1	Sejarah Kesihatan		7	Penggunaan bahan		
	– Penyakit Kardiovaskular			– Nikotina		
	– Diabetes			– Alkohol		
2	Kesihatan Semasa			– Dadah		
	– Kanser		8	Tidak aktif fizikal		
3	Seksual & reproduktif		9	Kesihatan mental		
	– Andropause / menopause		10	Penderaan		
	– Kehamilan remaja		11	Dementia / Kemerosotan Kognitif		
	– Masalah kehamilan		12	Risiko Jatuh		
4	Kesihatan oral		13	Inkontinen		
5	Pemakanan tidak sihat		14	Pergantungan kehidupan seharian		
6	Tingkah laku berisiko		15	Masalah dikesan dari pemeriksaan fizikal		
	Lain-lain :					

ms 2

E1 PEMERIKSAAN FIZIKAL ASAS (Sambungan)					
Diisi oleh Pen. Pegawai Perubatan / Jururawat				✓	✓
4 .Head and Neck	Leukoplakia at oropharynx		Yes		No
	Thyroid enlargement		Yes		No
	Parotid Swelling		Yes		No
	Lumps *(specify):.....		Yes*		No
	Others *(specify):.....				
5.Respiratory	Respiratory rate ..... / minute		Abnormal		Normal
	Air entry		Abnormal		Normal
	Rhonchi		Yes		No
	Crepitations		Yes		No
	Others (specify):.....				
6.Cardiovascular	Peripheral pulse (specify):.....		Abnormal		Normal
	Heart sounds (specify):.....		Abnormal		Normal
	Others (specify).....				
7.Abdomen	Tenderness		Yes		No
	Liver		Palpable		Not Palpable
	Spleen		Palpable		Not Palpable
	Ascites		Yes		No
	Bowel sounds		Absent		Present
	Others (specify):.....				
8.Musculoskeletal	Gait		Abnormal		Normal
	Upper limb	Tone	Abnormal		Normal
		Power	Abnormal		Normal
		Others (specify).....	Abnormal		Normal
	Lower limb	Tone	Abnormal		Normal
		Power	Abnormal		Normal
Others (specify).....		Abnormal		Normal	
Nama Pen. Peg. Perubatan / Jururawat			Tandatangan		Tarikh