	OPERASI PERKHIDMATAN SOKONGAN	Halaman: 1/2
	PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI Kod Dokumen: OPR/PKU/GP13/Eklinik-ID	No. Semakan: 00 01
	GARIS PANDUAN PENGURUSAN IDENTITI PENGGUNA (ID) eKLINIK	No. Isu:01 Tarikh: 26/05/2017 14/08/2020

1.0 ~~TUJUAN~~ SKOP DAN TUJUAN

Garis panduan ini disediakan untuk rujukan dan panduan tentang pengurusan identiti pengguna (ID) dan kata laluan (PW) bagi Sistem eKlinik.

2.0 SKOP


Garis panduan pengurusan ID eKlinik ini merangkumi panduan permohonan ID eKlinik ~~(pembentukan ID baharu dan pengaktifan semula)~~ merangkumi pembentukan ID baharu, pengaktifan semula, penambahan modul dan nyahaktif ID eKlinik.

3.0 ~~2.0-TERMINOLOGI DAN GLOSARI~~ TERMINOLOGI DAN SINGKATAN

BDR	: Bilik Dokumen dan Rekod
ID	: Identiti pengguna
Ketua	: Ketua, PKU
Penyelia	: Pegawai yang diberi kuasa seperti Ketua Seksyen, Ketua Unit <u>Ketua Perkhidmatan dan Ketua Seksyen</u>
PKU	: Pusat Kesihatan Universiti
<u>PPT</u>	: <u>Penolong Pegawai Tadbir</u>
PPTM	: Penolong Pegawai Teknologi Maklumat
PTM	: Pegawai Teknologi Maklumat
PTJ	: Pusat Tanggungjawab
PT(PO)	: Pembantu Tadbir(Perkeranian dan Operasi)
PW	: Kata laluan

4.0 TANGGUNGJAWAB

~~Ketua dan semua staf yang berkaitan, bertanggungjawab dalam melaksanakan dan mematuhi garis panduan ini.~~

	OPERASI PERKHIDMATAN SOKONGAN	Halaman: 1/2 No. Semakan: 00 01
	PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI Kod Dokumen: OPR/PKU/GP13/Eklinik-ID	No. Isu:01
	GARIS PANDUAN PENGURUSAN IDENTITI PENGGUNA (ID) eKLINIK	Tarikh: 26/05/2017 14/08/2020

5.0 3.0 PANDUAN ARAHAN/PANDUAN

Bil	Panduan	Tanggungjawab
5.1 1	<p>5.1.1 Permohonan ID baharu Baharu, Pengaktifan Semula & Penambahan Modul</p> <p>5.1.1.1 1.1 Isi borang PERMOHONAN ID SISTEM eKlinik (OPR/PKU/BR13/ID-eKlinik) dengan lengkap dan jelas. Borang boleh dimuat turun melalui Sistem e-ISO UPM.</p> <p>5.1.1.2 1.2 Borang yang telah lengkap diisi dan disahkan perlu dihantar kepada pegawai yang telah diberi kuasa.</p> <p>5.1.1.3 1.3 Proses Permohonan ID Baharu, Pengaktifan Semula & Penambahan Modul akan dilaksanakan selewat-lewatnya dalam tempoh tiga(3) hari bekerja selepas mendapat kelulusan dan maklumat permohonan adalah lengkap.</p>	<p>Penyelia</p> <p>Ketua/Penyelia/PTM/PPTM <u>PPT/PT(PO)</u></p> <p><u>PTM/PPTM</u></p> <p><u>PTM/PPTM</u></p>
5.2	<p>5.1.1.4 1.4 Maklumbalas tentang Permohonan ID Baharu, Pengaktifan Semula & Penambahan Modul baharu akan dimajukan</p>	<p>PTM/PPTM</p>



OPERASI PERKHIDMATAN SOKONGAN

Halaman: 1/2

No. Semakan: 00 **01**

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI

Kod Dokumen: OPR/PKU/GP13/Eklinik-ID

No. Isu:01

**GARIS PANDUAN PENGURUSAN IDENTITI
PENGGUNA (ID) eKLINIK**

Tarikh: ~~26/05/2017~~
14/08/2020

	<p><u>kepada pemohon secara emel. Maklumat Permohonan ID baharu yang sulit seperti ID baharu atau pertukaran kata laluan akan dimajukan kepada e-mel PENGGUNA TERUS.</u></p> <p>5.2.1 Pengaktifan Semula</p> <p>5.2.1.1 Proses pengaktifan akan dilaksanakan selewat-lewatnya dalam tempoh tiga(3) hari bekerja selepas mendapat kelulusan dan maklumat permohonan adalah lengkap.</p> <p>5.2.1.2 Maklumbalas tentang pengaktifan dan penambahan modul akan dimajukan kepada pemohon secara emel. Maklumat pengaktifan ID yang sulit seperti ID baharu atau pertukaran kata laluan akan dimajukan kepada e-mel PENGGUNA TERUS.</p> <p>2 5.3.1 Nyahaktif ID eKlinik</p> <p>5.3.1.1 <u>2.1</u> Ketua PKU akan dimaklumkan <u>memaklumkan</u> nama staf PKU yang tidak aktif (berhenti, bersara, meninggal dunia dan tamat kontrak) dan serta</p>	<p>PTM/PPTM</p> <p>PT(PO)/PTM/PPTM <u>Ketua</u></p> <p><u>Penyelia</u></p> <p><u>Ketua/Penyelia/PPT/PT(PO)</u></p> <p><u>PTM/PPTM</u></p>
--	---	---



OPERASI PERKHIDMATAN SOKONGAN

Halaman: 1/2

No. Semakan: ~~00~~ 01

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI

Kod Dokumen: OPR/PKU/GP13/Eklinik-ID

No. Isu:01


**GARIS PANDUAN PENGURUSAN IDENTITI
PENGGUNA (ID) eKLINIK**

Tarikh: ~~26/05/2017~~
14/08/2020

	<p>staf yang bertukar PTJ kepada PPTM/PTM dan penyelia.</p> <p><u>2.2 Isi borang PERMOHONAN ID SISTEM eKlinik (OPR/PKU/BR13/ID-eKlinik) dengan lengkap dan jelas. Borang boleh dimuat turun melalui Sistem e-ISO UPM.</u></p> <p><u>2.3 Borang yang telah lengkap diisi dan disahkan perlu dihantar kepada pegawai yang telah diberi kuasa.</u></p> <p>5.3.1.2 Akaun-staf yang tidak aktif (berhenti, bersara, meninggal dunia dan tamat kontrak) serta staf yang bertukar PTJ akan dilaksanakan secara manual. Proses ini akan dilakukan apabila mendapat arahan daripada Ketua.</p> <p><u>2.4 Proses penyahaktif ID eKlinik akan dilaksanakan dalam tempoh 24 jam hari bekerja.</u></p>	
--	--	--

1.0 REKOD KUALITI

Bil	Kod Fail, Tajuk Fail dan Senarai Rekod	Tanggungjawab Mengumpul dan Memfail	Tanggungjawab Menyelenggara	Tempat dan Tempoh Simpanan	Kuasa Melupus
-----	--	-------------------------------------	-----------------------------	----------------------------	---------------

	OPERASI PERKHIDMATAN SOKONGAN	Halaman: 1/2
	PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI Kod Dokumen: OPR/PKU/GP13/Eklinik-ID	No. Semakan: 00 <u>01</u>
	GARIS PANDUAN PENGURUSAN IDENTITI PENGGUNA (ID) eKLINIK	No. Isu:01 Tarikh: 26/05/2017 <u>14/08/2020</u>

1.	UPM/PKU/13/ID eKlinik Permohonan ID eKlinik <ul style="list-style-type: none"> ● Borang Permohonan ID Sistem eKlinik ● Surat menyurat berkaitan 	PTM/PPTM	PRJ(PJT)/PT(P/O) }	BDR 1 tahun <u>10</u> tahun	Ketua
----	---	----------	-----------------------	--	-------



OPERASI PERKHIDMATAN SOKONGAN

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI
Kod Dokumen: OPR/PKU/BR10/REHAB

REHABILITATION SERVICES REFERRAL

(To be filled up by referring Doctor)

DATE / <i>Tarikh</i>	
DOCTOR / <i>Peg. Perubatan</i>	
PATIENT'S DETAILS / <i>Maklumat</i> NAME / <i>Nama Pesakit</i>	
ID / <i>No Staf/Matrik</i> STAFF NO. / MATRIC	
AGE / <i>Umur</i>	
SEX / <i>Jantina</i>	
<u>CONTACT NO.</u>	
DATE OF REFERRAL / <i>Tarikh Rujukan</i>	
CLINICAL HISTORY / DIAGNOSIS E.g.: Post operation, DM, Cardiac condition	
CONTRA-INDICATION / PRECAUTIONS E.g.: Infection disease, allergy, pregnancy	
<u>Pace Maker/Hearing Aid</u>	

Please mark the affected body part/s

	OTHERS: (PLEASE SPECIFY)
--	--------------------------

 Doctor :
 STAMP/SIGNATURE:

For office use only

Date received		Appointment by	
Time received		Physio	Patient
<u>Appointment Date</u>			



OPERASI PERKHIDMATAN SOKONGAN

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI
Kod Dokumen: OPR/PKU/BR13/ID-eKlinik

BORANG PERMOHONAN ID SISTEM eKlinik

A. MAKLUMAT PEMOHON PENYELIA																					
1.	Nama dan No Staf :																				
2.	No. Tel. Pejabat & Tel Bimbit :																				
3.	Emel :																				
B. MAKLUMAT PENGGUNA																					
1.	Nama dan No Staf/ No. Matrik :																				
2.	No. K.Pengenalan/ Passport :																				
3.	Seksyen: :																				
4.	Emel :																				
5.	No. Tel. Pejabat & Tel Bimbit :																				
6.	Maklumat perkhidmatan : <i>(sila tanda √ di ruang yang berkaitan)</i> <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Tetap</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Kontrak, sila nyatakan tarikh tamat kontrak :</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Sambilan, sila nyatakan tarikh tamat kontrak :</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Lain-lain, sila nyatakan status perkhidmatan dan tarikh tamat perkhidmatan: _____</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	Tetap	<input type="checkbox"/>	Kontrak, sila nyatakan tarikh tamat kontrak :	<input type="checkbox"/>	Sambilan, sila nyatakan tarikh tamat kontrak :	<input type="checkbox"/>	Lain-lain, sila nyatakan status perkhidmatan dan tarikh tamat perkhidmatan: _____												
<input type="checkbox"/>	Tetap																				
<input type="checkbox"/>	Kontrak, sila nyatakan tarikh tamat kontrak :																				
<input type="checkbox"/>	Sambilan, sila nyatakan tarikh tamat kontrak :																				
<input type="checkbox"/>	Lain-lain, sila nyatakan status perkhidmatan dan tarikh tamat perkhidmatan: _____																				
7.	Modul Yang Perlu Diakses : <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Billing</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Procedure</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Dental Consultation</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Radiology</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Laboratory</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Registration</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Medical Consultation</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Statistic</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Pharmacy</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Stock</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	Billing	<input type="checkbox"/>	Procedure	<input type="checkbox"/>	Dental Consultation	<input type="checkbox"/>	Radiology	<input type="checkbox"/>	Laboratory	<input type="checkbox"/>	Registration	<input type="checkbox"/>	Medical Consultation	<input type="checkbox"/>	Statistic	<input type="checkbox"/>	Pharmacy	<input type="checkbox"/>	Stock
<input type="checkbox"/>	Billing	<input type="checkbox"/>	Procedure																		
<input type="checkbox"/>	Dental Consultation	<input type="checkbox"/>	Radiology																		
<input type="checkbox"/>	Laboratory	<input type="checkbox"/>	Registration																		
<input type="checkbox"/>	Medical Consultation	<input type="checkbox"/>	Statistic																		
<input type="checkbox"/>	Pharmacy	<input type="checkbox"/>	Stock																		
8.	Maklumat Permohonan : <table border="1"><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>ID Baharu</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Pengaktifan Semula ID</td></tr><tr><td><input type="checkbox"/></td><td>Penambahan modul</td><td><input type="checkbox"/></td><td>Nyahaktif ID</td></tr></table>	<input type="checkbox"/>	ID Baharu	<input type="checkbox"/>	Pengaktifan Semula ID	<input type="checkbox"/>	Penambahan modul	<input type="checkbox"/>	Nyahaktif ID												
<input type="checkbox"/>	ID Baharu	<input type="checkbox"/>	Pengaktifan Semula ID																		
<input type="checkbox"/>	Penambahan modul	<input type="checkbox"/>	Nyahaktif ID																		
9.	Ulasan (sebab-sebab permohonan) :																				
<p>Tandatangan Pemohon <u>Tandatangan, Nama dan Cap Pengesahan Penyelia</u></p> <p>Tarikh:</p>																					
<p>DILULUSKAN</p> <p>_____</p> <p>Tandatangan, Nama dan Cap Pengesahan Ketua PTJ/Wakil Diberi Kuasa</p> <p>Tarikh:</p>																					



OPERASI PERKHIDMATAN SOKONGAN

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI
Kod Dokumen: OPR/PKU/BR13/ID-eKlinik

BORANG PERMOHONAN ID SISTEM eKlinik

C. Pengesahan Tindakan

ULASAN :

Nama:
Jawatan:
Tarikh:



**OPERASI PERKHIDMATAN SOKONGAN
PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI
Kod Dokumen: OPR/PKU/SS08/BEG**

SENARAI SEMAK MINGGUAN PERALATAN DAN UBAT DALAM BEG KECEMASAN

BULAN : _____ TAHUN : _____

BIL	ITEM DI DALAM BEG		JUMLAH	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L		
				TARIKH:			TARIKH:			TARIKH:			TARIKH:			TARIKH:				
1	INJECTION	ADREANALIN 1MG/ML	2																	
		HYDROCORTISON 100MG	2																	
		DEXTROSE 50%/ML	2																	
		LIGNOCAINE 20MG/ML	1																	
		ATROPINE 1MG/ML	2																	
2	WATER FOR INJECTION		2																	
3	TAB GTN 500mcg		3 BIJI																	
4	IVD SET		2																	
5	IV SOLUTION	NORMAL SALINE	1																	
		HARTMANS	1																	
6	BRANULA(G)	SAIZ 18	2																	
		SAIZ 20	2																	
		SAIZ 22	2																	
		SAIZ 24	2																	
7	BUTTERFLY NEEDLE	SAIZ 21	2																	
		SAIZ 23	2																	
8	NEEDLE(G)	SAIZ 18	5																	
		SAIZ 21	5																	
		SAIZ 23	5																	
		SAIZ 25	5																	
9	SYRINGES	3 MLS	2																	
		5 MLS	2																	
		10 MLS	2																	

No. Semakan : 05 06

No. Isu : 02

Tarikh Kuatkuasa: 20/08/2019 14/08/2020

BIL	ITEM DI DALAM BEG		JUMLAH	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	
				TARIKH:			TARIKH:			TARIKH:			TARIKH:			TARIKH:			
10	LARYN GO SCOPE	ADULT	1																
		PAEDIATRIC	1																
11	ETT	SAIZ 5.5 7.0	1																
		SAIZ 6.5 7.5	1																
12	ORAL AIRWAY	SAIZ 3	1																
		SAIZ 4	1																
13	GAUZE		5 PKT																
14	ETT INTRODUCER		1																
15	SCISSORS		1																
16	TORCH LIGHT		1																
17	CREPE BANDAGE		2																
18	TRIANGULAR BANDAGE		2																
19	PLASTER		1																
20	WOODEN SPATULA		10																
21	TOURNIQUET		1																
22	ALCOHOL SWAB		10																
23	STETHOSCOPE		1																

BIL	ITEM YANG DI BAWA BERSAMA BEG KECEMASAN (JIKA PERLU)		JUMLAH	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	
				TARIKH:			TARIKH:			TARIKH:			TARIKH:			TARIKH:			
1	PORTABLE CARDIAC MONITOR		1																
2	PORTABLE AED		1																
3	AMBU BAG		1																
4	GLUCOMETER		1																
5	PORTABLE SUCTION MACHNE		1																
DI SEMAK OLEH:			NAMA																

DISAHKAN OLEH : _____

NAMA :

JAWATAN :

TARIKH :

Nota:

T/L - Tarikh Luput

Disahkan oleh - Senarai disahkan oleh Ketua Perkhidmatan sekali sebulan

No. Semakan : 05 06

No. Isu : 02

Tarikh Kkuatkuasa: 20/08/2019 14/08/2020



SOKONGAN

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI
Kod Dokumen: **OPR/PKU/SS09/AMB**

SENARAI SEMAK PERALATAN AMBULANS

No. Kenderaan: _____

BIL	PERKARA	TARIKH										CATATAN
		Ada & Boleh digunakan	Tiada	Ada & Boleh digunakan	Tiada	Ada & Boleh digunakan	Tiada	Ada & Boleh digunakan	Tiada	ADA	TIADA	
		1.	Bekalan Oksigen									
2.	Stretcher (Pengusung) <u>Pengusung(Stretcher)</u>											
3.	Bantal <u>Suction Pump</u>											
4.	Selimut <u>Scoop Stretcher</u>											
5.	Sarung tangan getah (mask/glove) <u>Topeng Muka(Mask)</u>											
6.	Bekas Muntah <u>Sarung Tangan Getah</u>											
7.	Splint <u>Automated External Defibrillator(AED)</u>											
8.	Waste bin (domestic) <u>Head Immobiliser</u>											
9.	Clinical bin(yellow) <u>Lower Limb Immobiliser</u>	S										
		M										
		L										
10.	Cervical Collar <u>Upper Limb Immobiliser</u>	S										
		M										
		L										
11.	Siren & Lampu Kecemasan <u>Cervical collar</u>	S										
		M										
		L										
12.	Spinal Board <u>Tong Sampah</u>	Domestik										
		Klinikal										
13.	Scoop Stretcher <u>Spinal Board</u>											
14.	Lain-lain (Nyatakan) <u>Bantal</u>											
15.	<u>Selimut</u>											
16.	<u>Lain-lain (Nyatakan) :</u>											
Tandatangan												

No. Isu : 02

No. Semakan : 02 03

Tarikh Kuatkuasa: 20/8/2019-14/08/2020



SOKONGAN

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI
Kod Dokumen: **OPR/PKU/SS09/AMB**

SENARAI SEMAK PERALATAN AMBULANS

Disahkan oleh : Pegawai Perubatan/ Ketua Unit Kecemasan

Nama:

Tarikh:

No. Isu : 02

No. Semakan : 02 03

Tarikh Kuatkuasa: ~~20/8/2019~~ 14/08/2020