



UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Pusat Kesihatan Universiti

BORANG KADAR BAYARAN
Medical Bill Form

1. Nama Pegawai:
Staff Name
2. Pusat Tanggungjawab:
Department/Faculty
3. No. Staf: 4. No. KP:
Staff No. NRIC
5. No. Telefon Rumah/Bimbit:
Mobile/Home Telephone No.
6. Nama Pesakit (jika lain dari pegawai):
Patient's Name (If Other Than Staff)
7. No. KP/SB/Pasport:
NRIC/Birth Cert./Passport
8. Perhubungan: 9. Tarikh Lahir:
Relationship Date of Birth
- Tarikh: Tandatangan Staf/Tanggungan:
Date Signature: Staff/Patient/Parent/Guardian

PERKARA/Item	KADAR/Rate(RM)
1. Konsultasi (Consultation)	
2. Ujikaji (Laboratory Test)	
3. X-Ray	
4. Ubat (Medicine)	
5. Rawatan (Treatment)	
6. Lain-lain (Others)	
Jumlah (Total)	



BORANG PENGELUARAN BEKALAN

BORANG PENGELUARAN BEKALAN

BR.	NAMA ITEM	KUANTITI DIPOHON	KUANTITI DIKELUARKAN	BAKI DI STOR	CATATAN
1					
2					
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
21					
22					
23					
24					
25					

Pemohon:

Tandatangan : _____
Nama Pemohon : _____
Unit / Bahagian : _____
Tarikh : _____
Bekalan : Ubat / Rawatan (Perubatan) / Lain-Lain

Kelulusan:

Pemohonan diluluskan / tidak diluluskan

Tandatangan : _____
Nama : _____
Jawatan : _____
Tarikh : _____

Kemaskini Rekod:

Stok telah diperbarui dan telah direkod di dalam kad jeda.

Tandatangan : _____
Nama Pegawai Stor : _____
Jawatan : _____
Tarikh : _____

Penerimaan Penerimaan:

Disahkan bahawa item seperti jadual diatas telah diterima dan diperiksa

Tandatangan : _____
Nama Penerima : _____
Jawatan : _____
Tarikh : _____



UNIT PERKHIDMATAN PENGIMEJAN DIAGNOSTIK
PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI, UPM

Borang Permohonan X-Ray
(Silu Isi Dalam 2 Salinan)



OPR/PKURB07/X-Ray

1. Nama (Huruf Besar)					KEGUNAAN UNIT	
2. Alamat					23. Tarikh	24. No. X-Ray
3. No. Kad Pengiraan	4. Katananan	5. Jantina	6. Tarikh Lahir	7. Umr	25. Bilik	26. Waktu Terima
8. No. Matik / No. KKT		9. Alamat			27. Jenis X-Ray	
10. Dr.		11. Tinggi & Masa			28. Faktor Dedahan	
12. Pegawai UPM Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		13. Tabiat Pengajian	14. Bayaran Bayar <input type="checkbox"/> Percuma <input type="checkbox"/>		29. Ukuran & Jumlah Filem	30. Waktu Seleksi
15. Nama / Alami		16. Berat Badan	17. Mengandung <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>		31. Kosmen	
18. Kecederaan Pesakit <input type="checkbox"/>	Kerusi roda <input type="checkbox"/>	Tuli <input type="checkbox"/>	Benjolan Kaki <input type="checkbox"/>	19. Mudah Gerak <input type="checkbox"/>	22. Temujari	
20. PEMERIKSAAN <input type="checkbox"/> X-Ray <input type="checkbox"/> Ultrasound <input type="checkbox"/> MRI <input type="checkbox"/> Angio <input type="checkbox"/> CT <input type="checkbox"/> Lain-lain (Silu Nyatakan) _____					Tarikh	Masa
Nyatakan Bahagian:						
21. Data Klinikal / IAD					Nama, T/Tangas & Cap Pakar / Pegawai Pendaftaran	
22. Laporan Radiologi					Nama, T/Tangas & Cap Pakar Radiologi	
					Tarikh	



OPERASI PERKHIDMATAN SOKONGAN

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI
Kod Dokumen: OPR/PKU/BR13/KS

KAD STOK

NOMBOR KOD :	LOKASI :
PERIHAL BARANG :	KUMPULAN :
STOK MINIMA :	

No.	Tarikh	No. PB & Nama Pembekal	Harga Seunit (RM)	Terima	Keluar	Baki	Tarikh Luput	T/tangan
				Baki dibawa ke hadapan				
1.								
2.								
3.								
4.								
5.								
6.								
7.								
8.								
9.								
10.								
11.								
12.								
13.								
14.								
15.								
16.								
17.								
18.								
19.								
20.								

NOTA : PB - Pesanan Belian

No. Semakan : 69
No. Isu : 02
Tarikh Kertas : 00940044



**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	T/L	IN	OUT	T/L	IN	OUT	T/L	IN	OUT	T/L	IN	OUT	T/L	IN	OUT
				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															
10	LARYNGO SCOPE	ADULT	1															
		PAEDIATRIC	1															

Tarikh Kuatkuasa: 16/03/2018

BIL	ITEM DI DALAM BEG		JUMLAH	T/L	IN	OUT	T/L	IN	OUT	T/L	IN	OUT	T/L	IN	OUT	T/L	IN	OUT
				TARIKH:			TARIKH:			TARIKH:			TARIKH:			TARIKH:		
11	E U	SAIZ 5.5	1															
		SAIZ 6.5	1															
12	ORAL	SAIZ 3	1															
	AIRWAY	SAIZ 4	1															
13	GAUZE		5 PKT															
14	SCISSORS		1															
15	TORCH LIGHT		1															
16	CREPE BANDAGE		2															
17	TRIANGULAR BANDAGE		2															
18	PLASTER		1															
19	WOODEN SPATULA		10															
20	TOURNIQUET		1															
21	ALCOHOL SWAB		10															
22	STETHOSCOPE		1															

BIL	ITEM YANG DI BAWA BERSAMA BEG KECEMASAN (JIKA PERLU)	JUMLAH	T/L	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA	T/L	ADA	TIADA
			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															
DISEMAK OLEH		NAMA															

DISEMAK OLEH : _____

NAMA :

JAWATAN :

TARIKH :

DISAHKAN OLEH : _____

NAMA :

JAWATAN :

TARIKH :

Nota:

T/L : Tarikh Luput

Disahkan oleh : Senarai disahkan oleh Ketua Perkhidmatan sekali sebulan

No. Semakan : 04
No. Isu : 02
TARIKH KUAT KUASA : 10/03/2010

|

NAME:

PRESCRIPTION SLIP (OPR/PKU/BR03/P5)



SEX:


AGE:

ID:

DATE:

DR SIGNATURE:

NO. REGISTRASI
NO. SIP
TAMBAH KONTAK

	SOKONGAN PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI Kod Dokumen: OPR/PKU/SS09/AMB
	SENARAI SEMAK PERALATAN AMBULANS


No. Kenderaan : _____

Bil	Perkara	TARIKH								Catatan
		1		2		3		4		
		Ada & Boleh digunakan	Tiada	Ada & Boleh digunakan	Tiada	Ada & Boleh digunakan	Tiada	Ada & Boleh digunakan	Tiada	
1.	Bekalan Oksigen									
2.	Stretcher (pengusung)									
3.	Bantal									
4.	Selimut									
5.	Sarung tangan getah (<i>mask/glove</i>)									
6.	Bekas muntah									
7.	Splint									
8.	<i>Waste bin (domestic)</i>									
9.	<i>Clinical bin (yellow)</i>									
10.	<i>Cervical collar</i>									
11.	Siren & lampu kecemasan									
12.	Spinal Board									
13.	Scoop Stretcher									
14.	Lain-lain (nyatakan):									

NO. ISU : 02

NO. SEMAKAN : 02

TARIKH KUATKUASA : 20/08/2019

	SOKONGAN PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI Kod Dokumen: OPR/PKU/SS09/AMB
	SENARAI SEMAK PERALATAN AMBULANS

Disemak semula oleh : Penolong Pegawai Perubatan
Nama—: Tarikh—:
Disahkan oleh : Pegawai Perubatan
Nama : Tarikh :

NO. ISU : 02

NO. SEMAKAN : 02

TARIKH KUATKUASA : 20/08/2019