

Semua kampus UiTM KECUALI  
kampus

- B – UiTM Shah Alam,
- B8 – UiTM Puncak Alam,
- B9 – UiTM Puncak Perdana,
- B3 – UiTM Sek.17,
- Fakulti Pergigian

Untuk dilengkapkan oleh pemohon dan diserahkan pada hari pendaftaran  
*To be completed by candidate and submit on the registration day*

No. Pelajar/ <i>Student No.</i>	
Kampus/ <i>Campus</i>	
Kod Program/ <i>Course Code</i>	

Bahagian 1 <i>Part 1</i>	Biodata <i>Biodata</i>
<b>MAKLUMAT PELAJAR/STUDENT DETAILS</b>	
1. Nama/ <i>Name</i>	: .....
2. No. Kad Pengenalan/ <i>Identity Card No</i>	: .....
3. Tarikh Lahir/ <i>Birthdate</i>	: .....
4. No Pasport/ <i>Passport No</i>	: .....
5. Warganegara/ <i>Nationality</i>	: .....
6. Taraf Perkahwinan/ <i>Marital Status</i>	: .....
7. Jantina/ <i>Gender</i>	: .....
8. No Tel. Bimbit/ <i>HP No</i>	: .....
9. E-mel/ <i>E-mail</i>	: .....
<b>MAKLUMAT IBU/BAPA/PENJAGA/WARIS/GUARDIAN/NEXT OF KIN</b>	
1. Nama/ <i>Name</i>	: .....
2. No Tel. Bimbit/ <i>HP No</i>	: .....
3. Alamat/ <i>Postal Address</i>	: .....
	: .....
	: .....
	: .....

**BORANG C**  
**LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN**  
*REPORT OF HEALTH EXAMINATION*

Bahagian 2 Part 2		Sila tandakan (/) dalam kotak berkenaan <i>Please tick (/) the relevant box</i>		
<b>PENGAKUAN PERIHAL PENYAKIT SENDIRI (Certification of Own Illness)</b>				
	Ya Yes	Tidak No	Catatan Note	
Pembedahan ( <i>Operation</i> )				
Batuk Kering ( <i>Tuberculosis</i> )				
Kencing Manis ( <i>Diabetes</i> )				
Penyakit Psikiatrik ( <i>Psychiatric Illness</i> )				
Lemah Jantung, Penyakit Saluran Darah, Darah Tinggi ( <i>Heart/Arterial Disease</i> )				
Lelah atau Alahan ( <i>Asthma or Allergy</i> )				
Penagihan Dadah ( <i>Drug Addiction</i> )				
HIV/AIDS				
Kanser ( <i>Cancer</i> )				
Buah Pinggang ( <i>Kidney Disease</i> )				
Kecacatan anggota ( <i>Physical disabilities</i> )				
Lain-lain Penyakit ( <i>Other illness</i> )				

Saya dengan ini mengaku segala maklumat kesihatan yang diberi di atas adalah benar

*(I hereby certify that the information given above is correct)*

\_\_\_\_\_

**Tandatangan**

*(Signature of Candidates)*

**BORANG C**  
**LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN**  
*REPORT OF HEALTH EXAMINATION*

BPP – 03(Pin.13/032019)

Bahagian 3 Part 3		Diisi oleh Pegawai Perubatan yang memeriksa To be filled by examining Medical Officer	
<b>1. ANTHROPOMETRY</b>			
<b>Tinggi/Height</b> : _____ m	<b>Tekanan Darah/</b> <i>Blood pressure</i> : _____ mmHg		
<b>Berat/Weight</b> : _____ kg	<b>Nadi/ Pulse rate</b> : _____ / min		
<b>BMI</b> : _____ kg/m <sup>2</sup>			
<b>Pemeriksaan Mata/ Vision test:</b>		<b>Ujian Rabun Warna/ Colour blind test:</b>	
Unaided : (R) _____ (L) _____		NORMAL / ABNORMAL	
Aided : (R) _____ (L) _____		_____	
<b>2. PHYSICAL EXAMINATION</b>			
ITEMS	YES	NO	COMMENT
a. Deformities			
b. Pallor			
c. Cyanosis			
d. Jaundice			
e. Oedema			
f. Skin Diseases			
<b>3. SYSTEMIC EXAMINATION</b>			
ITEMS	NORMAL	ABNORMAL	COMMENT
a. Eyes (including funduscopy)			
b. Ears			
c. Nose			
d. Oral cavity / throat			
e. Neck			
f. Heart			
g. Lungs			
h. Abdomen / hernia orifices			
i. Nervous system			
j. Mental condition			
k. Musculoskeletal system			

**BORANG C**  
**LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN**  
*REPORT OF HEALTH EXAMINATION*

BPP – 03(Pin.13/032019)

Bahagian 4 <i>Part 4</i>		Pemeriksaan Makmal <i>Lab investigations</i>	
URINE TEST			
ITEMS		RESULT	
a. Albumin			
b. Sugar			
c. Microscopic			

**UJIAN – UJIAN LAIN (OTHER RELEVANT TESTS)**

(sekiranya difikirkan perlu oleh pengamal perubatan berdaftar)

Sila lampirkan laporan ujian berkenaan bersama-sama Borang Pemeriksaan Perubatan ini.

Bahagian 5 <i>Part 5</i>		Pemeriksaan Darah & X-Ray Dada <i>Blood Test &amp; Chest X-Ray</i>	
(Untuk Pelajar Perubatan dan Pembedahan, Pergigian dan program-program dari Fakulti Sains Kesihatan sahaja)			
BLOOD TEST			
ITEMS		DATE TAKEN	RESULT
a. Hepatitis B antigen			
b. Hepatitis B antibody			
c. Hepatitis C			
d. HIV			
X-RAY			
ITEMS		RESULT	
a. Chest x-ray no.			
b. Tarikh/ Date			
c. Tempat/ Venue			
d. Laporan/ Report			



**BORANG C**  
**LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN**  
*REPORT OF HEALTH EXAMINATION*

**Bahagian 6**  
**Part 6**

**Pengesahan Pegawai Perubatan**  
*Certification by Medical Officer*  
**Sila tandakan di dalam kotak berkenaan**  
*Please tick in the appropriate box.*

**Saya mengesahkan bahawa pada hari ini saya telah memeriksa / I certify that on this day I have examine** \_\_\_\_\_

**No K/P/ I/C No:** \_\_\_\_\_ **dan mendapati bahawa / and found that**

**Beliau tidak mengidap apa-apa penyakit dan disahkan sihat**  
*The above name is in good health*

**Beliau mengidap**  
*The above name has* \_\_\_\_\_

**Beliau sedang mendapat rawatan**  
*The above name is undergoing treatment* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
**Nama & Tandatangan Pegawai Perubatan**  
*Name & Signature of Medical Officer*

\_\_\_\_\_  
**No. Pendaftaran MMC**  
*MMC Registration No*

\_\_\_\_\_  
**Tarikh**  
*Date*

\_\_\_\_\_  
**Kelulusan & Cop Rasmi Klinik**  
*Qualification & official stamp of clinic*



**BORANG C**  
**LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN**  
*REPORT OF HEALTH EXAMINATION*

BPP – 03(Pin.13/032019)

**Bahagian 7**      **PERAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAESTHESIA) DAN PEMBEDAHAN**  
**Part 7**            **AUTHORISATION FOR ANAESTHESIA AND SURGICAL PROCEDURE**  
Untuk calon berumur bawah 18 Tahun sahaja  
*For candidate below 18 years old only*

**Pegawai Perubatan**  
*Medical Officer*  
**UNIVERSITI TEKNOLOGI MARA**

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Saya \_\_\_\_\_

Nombor Kad Pengenalan \_\_\_\_\_ bapa/lbu/penjaga kepada  
(Nama Calon) \_\_\_\_\_

Nombor Kad Pengenalan \_\_\_\_\_

Dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang calon ini memerlukan rawatan bius (anesthesia) atau/dan pembedahan, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.

*Hereby authorize the medical officer to sign on my behalf for anaesthesia or carry out a surgical procedure on the applicant in my absence in the event of an emergency as confirmed by the attending doctor, when required.*

Saya tidak akan mendakwa atau mengambil sebarang tindakan terhadap UiTM jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.

*I will absolve the UiTM of any claims or responsibilities from any unfavourable consequences which may arise from the said procedure.*

**Nama Bapa/Ibu/Penjaga**  
*Name of Father/Mother/Guardian*

**Yang benar**  
*Yours Faithfully*

\_\_\_\_\_

**Alamat**  
*Address*

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

**Tandatangan Bapa/Ibu/Penjaga**  
*Signature of Father/Mother/Guardian*

**Nombor Telefon:** \_\_\_\_\_  
*Telefon No :*

**Tarikh :** \_\_\_\_\_  
*Date :*