



: 03 - 3375 7000



: Hospital Tengku Ampuan Rahimah



BORANG DEKLARASI SARINGAN PENYAKIT COVID-19 (Pesakit / Waris)
(Pihak hospital boleh membuat modifikasi yang bersesuaian, mengikut keperluan setempat)

Nama Pesakit / Waris : _____

No. Telefon : _____

SILA JAWAB SEMUA SOALAN (TANDAKAN <input checked="" type="checkbox"/> MANA YANG BERKENAAN)		YA	TIDAK
1	Adakah anda ada menghadiri majlis / aktiviti ATAU pergi ke kawasan yang berkaitan dengan kluster COVID-19 ATAU kawasan Zon Merah . Jika YA, nyatakan nama tempat yang dilawati: _____		
2	Adakah anda telah melawat /tinggal di luar negara dalam masa 14 hari sebelum mula bergejala. Jika YA, Nyatakan negara dilawati : _____		
3	Adakah anda merupakan kontak rapat kepada individu yang disahkan positif COVID-19 dalam masa <u>14 hari sebelum mula bergejala</u> . Jika YA sila jawab soalan a hingga d :		
	a. Adakah anda pernah di ambil swab : Jika YA Nyatakan tarikh : _____		
	b. Bekerja bersama dengan jarak dekat atau berkongsi ruang kerja yang sama dengan individu yang disahkan positif COVID-19		
	c. Mengembara bersama atau menaiki kenderaan yang sama dengan individu yang disahkan positif COVID-19		
	d. Tinggal serumah dengan individu yang disahkan positif COVID-19		

GEJALA	YA	TIDAK	GEJALA	YA	TIDAK
Fever / Demam			Myalgia / Sakit otot		
Cough / Batuk			Headache / Sakit kepala		
Shortness of breath / Sesak nafas			Sore throat / Sakit tekak		
Difficulty in breathing/ Susah bernafas			Nausea or vomiting / Loya atau muntah		
Chills / Seram sejuk			Diarrhea		
Rigors / Menggigil atau mengeletar			Fatigue / Letih lesu		
Sudden new onset of anosmia (loss of smell) / Hilang deria bau					
Sudden new onset of ageusia (loss of taste)/ Hilang deria rasa					
Acute onset of nasal congestion or running nose / Hidung tersumbat atau selesema					

HENTIKAN COVID-19

**KEJUJURAN ANDA BOLEH
MENYELAMATKAN RAMAI
NYAWA TERMASUK ANGGOTA
KESIHATAN**

**Anda akan didakwa di bawah
AKTA 342 (Akta Pencegahan
dan Pengawalan Penyakit
Berjangkit 1988)**

**BANTULAH KAMI UNTUK
MEMBANTU ANDA.**

Suhu badan _____ °C

Tandatangan Pesakit / Waris

Tandatangan & Cop Anggota Kesihatan yang Menyaring

Tarikh: _____

Tarikh : _____