



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
BORANG PERMOHONAN PEMERIKSAAN RADIOLOGI

PER.SS-RA301  
(Pind1/2018)

HOSPITAL / KLINIK : .....

Bulatkan pada pilihan yang berkenaan.

MAKLUMAT PESAKIT										KEGUNAAN PEJABAT					
1. Nama Penuh (Huruf Besar)		2. No. Kad Pengenalan/ Pasport		Waktu Terima		Waktu Selesai		Juru X-Ray							
3. Alamat Kediaman		4. Tarikh Lahir [ ] / [ ] / [ ] [ ] [ ] Hari Bulan Tahun		Tarikh Pemeriksaan		No. Pemeriksaan									
6. No. Telefon		7. Etnik		8. Umur		19. PAPARAN IMEJ		Bilangan Film							
9. No. Daftar Pesakit		10. Wad / Klinik / A&E / RH		11. Disiplin		Bilangan CD / DVD									
12. LMP (Jika berkaitan)		13. Mengandung		Ya / Tidak		20. FAKTOR DEDAHAN									
14. Asma / Alahan / Reaksi Media Kontras (Nyatakan)		15. Mobile		Ya / Tidak		kVp		mAs							
16. Status Bayaran		Warganegara		Ya / Tidak		Penjawat Awam		Ya / Tidak							
17. Renal Function		Tarikh		Creatinine		eGFR		Tarikh							
18. PERKHIDMATAN										*22. MEDIA KONTRAS					
X-Ray Am	CT	MRI	US	Fluoro	Angio	IR	*MMG	BMD	*Media Imej	*Digitize Image	*Pelaporan	(Nyatakan Jika Berkaitan)			
Bahagian Pemeriksaan:												Jenama :			
												Isipadu Media Kontras : ..... ml			
												KOMEN			
RINGKASAN KLINIKAL															
Tandatangan dan Cop Pakar / Pegawai Perubatan															
Tarikh / Masa : .....															

SENARAI DOS BERKESAN UNTUK PEMERIKSAAN RADIOLOGI  
Sumber: Health Physics Society Fact Sheet 2010, UNSCEAR 2008 Report Vol.1 dan FA Mettler et al., Radiology 2008;248:254-63

Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)	Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)	Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)	Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)	Pemeriksaan	Dos (mSv)	Bersamaan Chest(AP)
Chest (AP)	0.02	1	Lumbar Spine (AP)	0.7	35	Mammogram (4views)	0.7	35	CT Thoracic Spine	6	300	CT Angio (Brain/Thorax/Abdomen/Extremities)	16.4	820
Extremities (2 views)	0.01	0.5	I/VU / IVP (6 films)	2.5	125	Barium Swallow	1.5	75	CT Chest	8	400	Coronary Angiogram	4.80 - 16.80	230 - 780
Chest (LAT)	0.04	2	Dental (LAT)	0.02	1	Barium Enema	7	350	CT Lumbar Spine	3.3	165	Angioplasty (heart study)	7.50 - 57.00	375 - 2850
Skull (2 views)	0.04	2	Dental (panaromic)	0.09	4.5	HSG	1.2	60	CT Abdomen	10	500	Nota : Dos berkesan dalam jadual ini adalah nilai tipikal untuk pesakit dewasa bersalz sederhana. Dos sebenar mungkin berbeza bergantung kepada salz pesakit dan juga perbezaan dalam teknik pengimejan.		
Pelvis (AP)	0.7	35	DEXA (whole body)	0.0004	0.02	ERCP	4	200	CT Pelvis	10	500			
Cervical Spine	0.1	5	Hip	0.8	40	CT Head / Brain	2	100	CT Pulmonary Angio	18.2 - 19.5	910 - 975			
Thoracic Spine (AP)	0.4	20	Abdomen	1.2	60	CT Cervical Spine	1.5	75	CT Urography	4.5	225			

\*13. Mengandung - Sila lengkapkan Borang Keiznan Pesakit Mengandung Atau Kemungkinan Hamil Menjalani Prosedur Radiologi

\*22. Media Kontras - Sila lengkapkan Borang Keiznan Bagi Pesakit Menjalani Prosedur Radiologi Yang Memerlukan Suntikan Media Kontras.

\*MMG - Sila lengkapkan Borang Soal Selidik MMG.

\*Media Imej / Digitize Image / Pelaporan - Sila nyatakan sebab permohonan Media Imej / Digitize Image / Pelaporan di ruang Ringkasan Klinikal.

## Panduan Pengisian

### Borang Permohonan Pemeriksaan Radiologi PER.SS-RA301 (Pind1/2018)

Perkara / Ruangan	Butiran
Hospital/ Klinik	Pihak hospital atau klinik perlu mengisi nama fasiliti yang berkaitan.
1	Nama pesakit perlu diisi dengan huruf besar.
2	Nombor kad pengenalan bagi warganegara dan nombor pasport sekiranya bukan warganegara.
3	Alamat kediaman perlu diisi dengan lengkap dan jelas.
4	Tarikh lahir pesakit diisi dengan lengkap.
5	Pemohon perlu membulatkan pilihan jantina Lelaki atau Perempuan.
6	Nombor telefon pesakit dinyatakan dengan jelas.
7	Nyatakan etnik pesakit.
8	Nyatakan umur pesakit.
9	Nyatakan nombor daftar pesakit.
10	Pemohon perlu menyatakan lokasi pesakit tersebut dengan terperinci seperti Wad 2A, Klinik Pakar Kanak-Kanak, Green Zone, Red Zone, Klinik Rawatan Harian Pembedahan dan sebagainya.
11	Nyatakan disiplin yang memohon pemeriksaan radiologi.
12	Nyatakan Last Menstrual Period (LMP) sekiranya berkaitan.
13	Pemohon perlu membulatkan pilihan sama ada pesakit mengandung atau tidak. Sekiranya pesakit mengandung atau kemungkinan hamil, pemohon perlu melengkapkan borang <b>Keizinan - Prosedur Bagi Wanita Mengandung Atau Kemungkinan Hamil</b> . (Lampiran 1)
14	Pemohon perlu menyatakan sekiranya pesakit mempunyai sebarang alahan, penyakit Asma ataupun sejarah reaksi terhadap media kontras.
15	Pemohon perlu membulatkan pilihan sama ada permohonan pemeriksaan Radiologi adalah secara <i>mobile</i> atau statik di Jabatan Radiologi.
16	Pemohon perlu membulatkan pilihan yang berkaitan warganegara, penjawat awam dan sama ada pesakit adalah pesakit bayaran penuh (Full Paying Patient - FPP).
17	Pemohon perlu melengkapkan maklumat tarikh dan keputusan ujian creatinine serta eGFR terkini pesakit. Maklumat ini diperlukan sekiranya pemeriksaan mendapati keperluan penggunaan kontras ketika prosedur berlangsung.