



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
PERKHIDMATAN PATOLOGI

(PER. PAT 301)

HOSPITAL .....

UNTUK KEGUNAAN MAKMAL

LAB No.

1. Nama:		2. No. Pendaftaran:	
3. No. K/P:		4. Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan	
5. Umur:	6. Keturunan:	7. Wad/Klinik:	
8. Tarikh Masuk Wad:	9. Pekerjaan:	10. Taraf Perkahwinan:	11. <input type="checkbox"/> Bayar <input type="checkbox"/> Percuma

12. No. Laporan Dahulu:	13. Butiran Penting
14. Ringkasan Klinikal, Penemuan Pembedahan dan Riwayat Keluarga:	Jaundice <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Lymphadenopathy <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Hepatomegaly <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Splenomegaly <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Bleeding Tendency <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	H/O Transfusion <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak
	Haematinics .....
	.....
	.....
	Drug/Chemical History
	.....
	.....
	Data Makmal Terdahulu
	Hb.....
	Platelet.....
	TWDC.....

15. Diagnosis:

16. Kategori Permohonan/Jenis Ujian:

Patologi Kimia <input type="checkbox"/>	Klinikal <input type="checkbox"/>	Hematologi <input type="checkbox"/>	Histo/Saitologi <input type="checkbox"/>	Mikro/Immunologi <input type="checkbox"/>
B. Sugar <input type="checkbox"/>	Bld. Count <input type="checkbox"/>	FBP <input type="checkbox"/>	Specimen	Specimen
B. Urea <input type="checkbox"/>	ESR <input type="checkbox"/>	BM Asp. <input type="checkbox"/>		Ujian
S. Elec <input type="checkbox"/>	BFMP <input type="checkbox"/>	Hb Analysis <input type="checkbox"/>		
B. Gases <input type="checkbox"/>	U. Sugar <input type="checkbox"/>	Coagulation <input type="checkbox"/>		
S. Billirubin <input type="checkbox"/>	U. Alb. <input type="checkbox"/>			
LFT <input type="checkbox"/>	U. ME <input type="checkbox"/>			
Se. Creatinine <input type="checkbox"/>	Stool ME <input type="checkbox"/>			
Lain-lain .....				
.....				
.....				

17. Pengambilan Specimen Tarikh:      Masa:

18. Nama Doktor:.....

19. Tarikh: .....

Tandatangan dan Cop Doktor