



Hospital Tuanku Ja'afar
 Jalan Rasah
 70300
 Negeri Sembilan

Tel 06-7684000
 Fax 06-7625771
 E-mel

SLIP PERAWATAN SUSULAN

WAD/KLINIK/UNIT : TARIKH :

Nama : Bangsa :

MRN : No. Telefon :

No. K/P : Alamat :

Umur :

Jantina :

Diagnosis :

Rawatan Terkini :

Perhatian Khusus :

.....

Kepada Pakar / Pegawai Perubatan / Jururawat Yang Bertugas

Pesakit ini telah dirawat di unit /wad /klinik kami pada

Sila lakukan prosedur di bawah ini :

Bil	PROSEDUR	TARIKH	TEMPAT
1	Pemeriksaan Daily BP		
2	Menukar CBD/Ryles Tube		
3	Membuka jahitan		
4	Membuat Daily Dressing - daily dressing _____ - chest physio / chest suction - _____		
5	Pengambilan Darah : (FBC / RP / LFT / RBS / _____)		
6	X-Ray : _____		
7	Lain lain : _____		

Pesakit ini dijadualkan untuk membuat rawatan susulan seterusnya di unit/wad/klinik
 pada tarikh

Pesakit ini telah didiscaj dan perlu meneruskan rawatan susulan di

(Potong yang mana tidak berkenaan)

Tandatangan :

Cop :

Nama Doktor :