



UPM
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA

PUTRA
PERTANIAN UNTUK RAKYAT

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI
UNIVERSITY HEALTH CENTRE
مركز كصحتن اونفرستى

**BORANG PERMOHONAN DAN PEMBATALAN KAD ALAHAN UBAT
(DRUG ALLERGY CARD REQUEST & CANCELLATION FORM)**

PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI, UPM

A. MAKLUMAT PESAKIT

NAMA:

ALAMAT:

NO KAD PENGENALAN/PASPORT:

NO. TELEFON:

ALAMAT EMEL:

B. MAKLUMAT ALAHAN

- ☐ PERMOHONAN KAD ALAHAN BAHARU
☐ PERMOHONAN PENGGANTIAN KAD ALAHAN HILANG/ROSAK
☐ PEMBATALAN KAD ALAHAN, PILIH SATU JUSTIFIKASI:

- ☐ Ujian diagnostik mengesahkan ketiadaan alahan
☐ Pengesahan bukan alahan melalui "re-challenge"
☐ Ketidadaan alahan dilaporkan sendiri oleh pesakit
☐ Lain-lain: _____

C. BUTIR-BUTIR ALAHAN

BIL	NAMA UBAT	REAKSI ALAHAN	TAHAP KETERUKAN (Mild/moderate/severe)	STATUS ALAHAN (Confirmed, suspected, to be confirmed, removed)	CATATAN
1.					
2.					
3.					

D. MAKLUMAT PEMOHON (PEGAWAI PERUBATAN/PERGIGIAN)

NAMA DOKTOR:

NAMA FASILITI KESIHATAN:

NO. TELEFON:

E. MAKLUMAT KAD ALAHAN (KEGUNAAN BAHAGIAN FARMASI)

NO SIRI KAD/DAC:

TARIKH DIKEUARKAN/DIBATALKAN:

STATUS PERMOHONAN:

- ☐ **DILULUSKAN**
- ☐ **DITOLAK** **ALASAN:**

NAMA PENGELUAR:

TANDA TANGAN/COP RASMI:

F. MAKLUMAT PENERIMAAN OLEH PESAKIT

☐ SAYA _____ PESAKIT/PENJAGA, NO KAD PENGENALAN/PASSPORT _____, DENGAN INI TELAH MENERIMA KAD ALAHAN DAN TELAH DIBERIKAN PENERANGAN SEWAJARNYA BERKAITAN KEPERLUAN PEMAKLUMAN ATAU MENUNJUKKAN KAD ALAHAN INI APABILA BERJUMPA DENGAN PEGAWAI PERUBATAN, PEGAWAI PERGIGIAN, PEGAWAI FARMASI/PEMBANTU PEGAWAI FARMASI ATAU ANGGOTA KESIHATAN LAIN.

☐ SAYA _____ PESAKIT/PENJAGA, NO KAD PENGENALAN/PASPORT _____, DENGAN INI BERSETUJU KAD ALAHAN DIKEMBALIKAN DAN TELAH DIBERIKAN PENERANGAN SEWAJARNYA.

TANDA TANGAN /COP PEGAWAI FARMASI/ PPF
TARIKH: _____

TANDA TANGAN PESAKIT/PENJAGA
TARIKH: _____