

JANGAN PRINT MUKA SURAT INI




**PRINT
SEPASANG MUKASURAT
MENGIKUT TURUTAN:**

2 & 3 (muka depan— ms 7)

4 & 5 (ms 1— ms 6)

6 & 7 (ms 2—ms 5)

8 & 9 (ms 3—ms 4)

	SARINGAN STATUS KESIHATAN BSSK/WE/2008 Pind. 1/2012	
WARGA EMAS		
No. Pendaftaran:..... Tarikh		
Benarkan Kami membantu anda:		
<ul style="list-style-type: none"> • Memberi khidmat nasihat pengurusan risiko kesihatan anda. • Memberikan khidmat promosi, pencegahan, perawatan dan rehabilitasi. • Merujuk anda ke perkhidmatan lanjutan jika diperlukan. 		
Anda hanya perlu:.		
<ul style="list-style-type: none"> • Luangkan masa untuk mengisi borang ini • Jawab soalan dengan jujur dan betul • Tangani risiko kesihatan yang ada pada anda 		
KEKAL SIHAT DALAM HIDUP		
Tahniah! Anda telah mengambil tindakan yang bijak.		
Kementerian Kesihatan Malaysia mengucapkan terima kasih kerana sokongan berterusan anda demi mewujudkan masyarakat Malaysia yang sihat dan sejahtera. Untuk maklumat lanjut, sila layari www.myhealth.gov.my .		
SEGALA MAKLUMAT ANDA AKAN DIRAHSIAKAN		

B	PERIHAL SEJARAH KESIHATAN (Diisi sendiri / dibantu waris / penjaga)		
B2	PERIHAL KESIHATAN SEMASA	Ya	Tidak
	Adakah anda mengalami gejala berikut ?		
1	Perubahan buang air kecil.		
2	Luka yang lambat sembuh.		
3	Perubahan saiz ketuat / tahi lalat.		
4	Perubahan buang air besar.		
5	Gangguan penghadaman / sukar menelan.		
6	Batuk / suara serak berpanjangan.		
B3	KESIHATAN ORAL SEMASA (Diisi sendiri / dibantu waris / penjaga)	Ya	Tidak
	Adakah anda mempunyai masalah oral (gigi, gusi dll) ?		
C. SARINGAN FAKTOR RISIKO			
C1.	PEMAKANAN (Diisi sendiri / dibantu waris / penjaga)		
1	Adakah anda makan mengikut waktu makan seperti berikut setiap hari?	Ya	Tidak
	a. Sarapan Pagi		
	b. Makan Tengahari		
	c. Makan Malam		
2	Adakah anda makan makanan seperti berikut setiap sehari?	Ya	Tidak
	a. Makanan bijirin seperti nasi, mi atau roti		
	b. Buah-buahan		
	c. Sayur-sayuran		
	d. Susu dan hasil tenusu seperti keju, dadih (yogurt)		
	e. Daging/ ayam / telur / ikan / makanan laut atau kekacang.		
	Amalan pemakanan: (Untuk diisi oleh anggota kesihatan)	Sihat	Tidak Sihat

C2	PENGGUNAAN BAHAN (SUBSTANCE) - (Diisi sendiri / dibantu waris / penjaga)			
	Adakah anda mengambil perkara berikut?			
	Ya	Tidak		
	a. Rokok/Tembakau		c. Dadah	
	b. Alkohol (Jika ya, nyatakan jumlah diambil dalam sehari.....)		d. Lain-lain (Jika Ya, nyatakan)	
C3	AKTIVITI FIZIKAL (*setiap sesi aktiviti perlu mengambil masa sekurang-kurangnya selama 30 minit dan melebihi 3 kali seminggu) - (Diisi sendiri / dibantu waris / penjaga)		3 hari atau kurang (tidak aktif)	4 hari atau lebih (aktif)
1	Nyatakan jumlah hari dalam seminggu, anda melakukan *aktiviti fizikal seperti berkebun atau berjalan ?			
2	Nyatakan jumlah hari dalam seminggu, anda *bersenam seperti berbasikal, berjalan pantas atau berenang?			
C4	PENDERAAN (Diisi sendiri / dibantu waris / penjaga)		Ya	Tidak
	Adakah anda pernah didera sama ada secara emosi, fizikal, seksual atau dibuli?			
C5	PENILAIAN RISIKO JATUH (FALLS) - (Diisi sendiri / dibantu waris / penjaga)		Ya	Tidak
1	Pernahkan anda terjatuh?			
2	Adakah anda sedang mengambil rawatan? Jika 'Ya', adakah anda mengambil empat jenis ubat atau lebih?			
3	Pernahkan anda mengambil ubat-ubatan yang baru dalam masa dua minggu yang lepas?			
4	Adakah anda mengambil ubat berikut?			
	a. Ubat tidur			
	b. Ubat darah tinggi			
	c. Ubat diabetes			
	d. Ubat kemurungan (<i>depression</i>)			

D	SARINGAN STATUS KESIHATAN MENTAL – Berpandukan kepada CPG Dementia edisi ke 2. Rujuk <i>Management Of Dementia (2 nd Edition), Quick Reference For Healthcare Providers (muka surat 2)</i> (Diisi sendiri / dibantu waris / penjaga)	Ya	Tidak												
D1	Adakah daya ingatan anda semakin merosot Jika jawapan 'Ya' teruskan kepada soalan berikutnya (D2) Jika jawapan 'Tidak' teruskan ke soalan D3														
D2	Kemerosotan Tahap Daya Ingatan (Diisi sendiri / dibantu waris / penjaga)														
1	Adakah anda mempunyai masalah untuk mengingati perkara yang baru berlaku														
2	Adakah daya ingatan anda semakin merosot untuk mengingati dimana anda menyimpan barang														
3	Adakah anda mempunyai masalah untuk mengingati perbualan beberapa hari selepasnya														
4	Adakah daya ingatan anda semakin merosot untuk mengingati temujanji yang dibuat atau sesuatu majlis yang akan dibuat .														
Sekiranya terdapat jawapan 'Ya' pada salah satu di atas, rujuk kepada pakar untuk pengendalian seterusnya.															
D3	UKURAN BIOMETRI (Diisi oleh pelanggan / jururawat / PPP)														
1	Tekanan darah:.....mm Hg														
2	Tinggi:.....meter														
3	Kadar nadi:...../ min														
4	Berat:.....kg														
5	Lilitan Pinggang:	<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Lelaki</th> <th colspan="2">Perempuan</th> </tr> <tr> <th>Normal < 90cm</th> <th>Tidak normal ≥ 90cm</th> <th>Normal < 80cm</th> <th>Normal ≥ 80cm</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>= cm</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		Lelaki		Perempuan		Normal < 90cm	Tidak normal ≥ 90cm	Normal < 80cm	Normal ≥ 80cm	= cm			
Lelaki		Perempuan													
Normal < 90cm	Tidak normal ≥ 90cm	Normal < 80cm	Normal ≥ 80cm												
= cm															
6	BMI (Kg / m ²) = kg / m ²	Kurang berat badan (< 22)	Berat badan Normal (≥ 22 hingga ≤ 27)	Lebih berat badan (> 27)											
Ukuran lilit pinggang & ujian biokimia perlu diambilkira semasa interpretasi BMI dilakukan.															

ms 6

C7	ACTIVITY OF DAILY LIVING (BARTHEL INDEX – SCORE 20) (Diisi sendiri / dibantu waris / penjaga / anggota kesihatan)			
	DATE			
1	BOWELS 0 = Incontinent 1 = Occasional accident (1 per week) 2 = Continent			
2	BLADDER 0 = Incontinent or catheterized & unable to manage 1 = Occasional accident (max 1 x per 24 hours) 2 = Continent for over 7 days			
3	GROOMING 0 = Need help 1 = Independent, face, hair, teeth, shaving			
4	TOILET USE 0 = Dependent 1 = Need some help but can do something 2 = Independent (on and off, dressing, wiping)			
5	FEEDING 0 = Unable 1 = Need help cutting, spreading butter etc 2 = Independent			
6	TRANSFER 0 = unable 1 = Major help (1-2 people, physical) 2 = Minor help (verbal or physical) 3 = Independent			
7	MOBILITY 0 = Immobile 1 = Wheelchair independent including corners etc. 2 = Work with help of 1 person (verbal and physical) 3 = Independent (but may use any aid, eg. Stick)			
8	DRESSING 0 = Dependent 1 = Need help but can do half unaided 2 = Independent			
9	STAIRS 0 = Unable 1 = Need help (verbal, physical, carrying aid) 2 = Independent up and down			
10	BATHING 0 = Dependent 1 = Independent			
TOTAL				
Sekiranya jumlah skor < 20, pesakit ini memerlukan intervensi jurupulih perubatan (carakerja).				

ms 5

C5	PENILAIAN RISIKO JATUH (FALLS) – samb. (Diisi sendiri / dibantu waris / penjaga)	Ya	Tidak
5	Semasa berjalan, adakah anda mengalami perkara berikut?		
	a. Lemah anggota		
	b. Pening / sakit kepala		
	c. Pitam		
Sekiranya terdapat sekurang-kurangnya 1 sahaja jawapan 'Ya', sila lakukan ujian <i>Get Up and Go Test</i> - ujian kecenderungan untuk jatuh (C6). Rujuk kepada jurupulih perubatan (anggota).			
C6	UJIAN 'BANGUN DAN BERJALAN' (GET UP AND GO TEST) [Dilakukan oleh jurupulih perubatan (anggota)]	Ya	Tidak
1	Masalah keseimbangan semasa duduk		
2	Menghadapi kesukaran untuk bangun		
3	Kurang keseimbangan apabila mula berdiri		
4	Terhoyong hayang (<i>staggering</i>) semasa berpusing		
5	Langkah pendek dan terhenti		
6	Pergerakan terlalu lambat		
7	Langkah teragak-teragak		
8	Pergerakan yang tidak selamat		
9	Pergerakan badan yang berlebihan		
10	Berpaut untuk sokongan		
11	Mudah tersungkur		
12	Kesukaran untuk duduk semula		
Sekiranya jumlah jawapan 'Ya' ≥ 1 , pesakit ini memerlukan intervensi jurupulih perubatan (anggota)			

B. PERIHAL SEJARAH KESIHATAN (Diisi sendiri / dibantu waris / penjaga)								
B1	PERUBATAN / PEMBEDAHAN	Sendiri			Keluarga			* Jika 'Ya' nyatakan pertalian
		Ya	Tidak	Tidak Tahu	Ya*	Tidak	Tidak Tahu	
1	Darah tinggi							
2	Diabetes (kencing manis)							
3	Asthma (lelah)							
4	Penyakit Jantung							
5	Kematian mengejut sebelum umur: 45 tahun bagi lelaki 50 tahun bagi wanita	Tiada kaitan						
6	Penyakit buah pinggang							
7	Kanser (Jika Ya, nyatakan) :.....							
8	Strok (angin ahmar)							
9	Epilepsi (sawan)							
10	Masalah darah (Thalasaemia, Anemia, Hemofilia, Leukemia dll)							
11	Penyakit berjangkit (TB, HIV, Hepatitis, penyakit kelamin, Malaria/ Denggi dll)							
12	Merokok/ tembakau							
13	Pengambilan alkohol							
14	Pengambilan dadah							
15	Kegemukan/ Obes							
16	Masalah kesihatan mental (penyakit mental). Jika Ya, nyatakan:.....							
17	Masalah seksual (kurang nafsu syahwat dll)							
18	Alahan Ubat-ubatan / Lain-Lain (Jika Ya, nyatakan):.....							
19	Sejarah Pembedahan (Jika Ya, nyatakan):.....							
20	Lain-lain penyakit (Nyatakan):.....							

A. BIODATA (Diisi sendiri / dibantu waris / penjaga)	
1. Nama:	_____
2. Jantina:	<input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan
3. Tarikh Lahir:	H H B B T T T T <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4. No. K/P / Passport:	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
5. Warganegara:	<input type="checkbox"/> Malaysia <input type="checkbox"/> Pemastautin tetap <input type="checkbox"/> Warga Asing (Nyatakan.....)
6. Bangsa:	<input type="checkbox"/> Melayu <input type="checkbox"/> Cina <input type="checkbox"/> India <input type="checkbox"/> Bumiputra Sabah <input type="checkbox"/> Bumiputra Sarawak <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan).....
7. Pekerjaan:
8. Alamat Rumah / Pusat Jagaan :
9. Telefon	<input type="checkbox"/> Ada <input type="checkbox"/> Tiada No. Telefon Sendiri: Bimbit Rumah No. Telefon Penjaga: Bimbit Rumah No. Telefon Pusat Jagaan: Pejabat

Lemak, gula dan garam
GUNA SEDIKIT

Nasi, roti, bijirin
daging dan ikan
GUNA SEDIKIT

Satu das produk tenusu
1 1/2 HEMANGAN

Buah-buahan dan sayuran
minimum
3 1/2 HEMANGAN

Nasi, roti, bijirin dan produk bijirin dan ubi
6 1/2 HEMANGAN

Piramid Makanan

BMI CHECK

Ukuran BMI