



Untuk Kegunaan Pejabat

Tempat Saringan : _____

Tarikh : _____

BORANG DEKLARASI SARINGAN PENYAKIT COVID-19 UNTUK PESAKIT & PELAWAT HOSPITAL KUALA LUMPUR

*KEJUJURAN ANDA BOLEH MENYELAMATKAN RAMAI NYAWA TERMASUK ANGGOTA KESIHATAN.
BANTULAH KAMI UNTUK MEMBANTU ANDA*

Maklumat peribadi:

Nama: _____

No kad pengenalan: _____

Alamat tempat tinggal: _____

No telefon: (HP) _____ (Rumah) _____

A) Maklumat Saringan: Tandakan (✓) pada ruangan yang berkaitan		YA	TIDAK
1	Adakah anda baru balik dari melawat luar negara dalam masa 14 hari? Jika YA, sila nyatakan negara yang dilawati: _____ Jika YA, adakah anda telah selesai melalui tempoh kuarantin? <input type="checkbox"/> YA <input type="checkbox"/> TIDAK		
2	Adakah anda pernah menyertai mana-mana perhimpunan, majlis ataupun acara sosial yang berkaitan dengan kluster COVID-19 atau kawasan Zon Merah? (cthnya: majlis perkahwinan, mesyuarat atau yang seumpamanya)		
3	Adakah anda ada KONTAK RAPAT dengan individu yang DISAHKAN positif COVID-19 dalam masa 14 hari?		
	a) Ahli keluarga serumah atau ahli kumpulan yang bersama-sama menyertai majlis/perhimpunan/mesyuarat disahkan positif COVID-19?		
	b) Berada bersama di dalam bilik yang TERTUTUP yang menggunakan penghawa dingin lebih dari 2 jam		
	c) Bekerja/ bersemuka dalam RUANG TERTUTUP yang sama, dalam jarak lebih kurang 1 METER melebihi tempoh 15MIN		
	d) Mengembara bersama atau menaiki kenderaan yang sama (melebihi 2 jam) dengan individu yang disahkan positif COVID-19		
4	Adakah anda sedang dalam tempoh kuarantin / surveilan rumah?		

Tandakan (✓) pada ruangan yang berkaitan

Gejala	Ya	Tidak	Gejala	Ya	Tidak
Demam			Selsema		
Sakit Tekak			Sakit otot		
Batuk			Cirit-birit		
Sesak Nafas			Loya/Muntah		
Hilang deria bau			Hilang deria rasa		

SUHU BADAN:

Tandatangan, _____

Nama: _____

Tandatangan Anggota Bertugas, _____

Nama: _____