

**MAKLUMAT AM KEMASUKAN PELAJAR BARU
AMBILAN
PROGRAM DIPLOMA, IJAZAH SARJANA MUDA PENDIDIKAN (ISMP),
DIPLOMA PENDIDIKAN LEPASAN IJAZAH (DPLI),
PASCA SISWAZAH (MASTER DAN PHD).**

BIL	PERKARA	CATATAN
1.	Pemeriksaan Kesihatan	- Menjalani pemeriksaan kesihatan di Hospital/Klinik Kerajaan ATAU Hospital/Klinik Swasta di tempat saudara/i. - Sila gunakan borang yang disediakan. - Penyerahan borang-borang diWAJIBKAN pada Hari Pendaftaran.

SYARAT – SYARAT TAWARAN KEMASUKAN

1. Syarat Penerimaan Masuk

Tawaran masuk ini adalah tertakluk kepada syarat-syarat berikut :

- 1.1 Anda lulus pemeriksaan doktor, termasuk x-ray dada. Lengkapkan **Borang Laporan Pemeriksaan Kesihatan, Borang Keizinan Pembedahan dan Borang Pengakuan Penyakit (helaian 1 hingga 7 muka surat**. Universiti berhak mendapatkan pendapat kedua (*second opinion*) untuk memastikan sama ada anda benar-benar sihat untuk belajar.
- 1.2 Menjalani pemeriksaan kesihatan sama ada di Hospital/Klinik Kerajaan **ATAU** Hospital/Klinik Swasta di tempat saudara/i dan disahkan oleh Pegawai Perubatan/Pengamal Perubatan yang berdaftar.
- 1.3 Saudara/i dikehendaki memastikan Borang Keizinan Pembedahan (Borang 3B) dan Borang Pengakuan Penyakit (Borang 3C) telah lengkap diisi dan ditandatangani oleh saksi seperti yang telah dibenarkan.

PERSEDIAAN SEBELUM MELAPOR DIRI

1. Pemeriksaan Kesihatan

- 1.1 Melengkapkan **Borang Laporan Pemeriksaan Kesihatan , Borang Keizinan Pembedahan dan Borang Pengakuan Penyakit (helaian 1 hingga 7 muka surat)**.
- 1.2 **DIWAJIBKAN** menjalani Pemeriksaan Kesihatan di Hospital/Klinik Kerajaan **ATAU** Hospital/Klinik Swasta ditempat saudara/i dan menyerahkan borang-borang tersebut pada Hari Pendaftaran.



B4

SULIT

No Matrik :	
Fakulti :	
Program :	

LEKATKAN
GAMBAR
UKURAN
PASPORT

LAPORAN PEMERIKSAAN KESIHATAN PELAJAR Report of Student's Medical Examination

BAHAGIAN 1 [Untuk dilengkapkan oleh calon] Part 1 (To be filled by the candidate)

1. Nama (Huruf Besar) : _____
Name (In block letters)
2. No Kad Pengenalan : _____
Identity Card No
3. Tarikh Lahir : _____
Date of Birth
4. Jantina : _____
Sex
5. Alamat Pos : _____
Postal Address :

6. Kursus Pengajian : _____
Course of Study
7. Tahun Pengajian : _____
Year of Study
8. Nama Bapa/ Penjaga : _____
Name of Father/ Guardian
9. Pekerjaan Bapa/ Penjaga : _____
Occupation of Father/ Guardian
10. Alamat Bapa/ Penjaga : _____
Address of Father/ Guardian

11. No Telefon : _____
Telephone No (Rumah/House)

(Pejabat/Office)

(Tel bimbit/Hand phone pelajar)

PENGAKUAN KESIHATAN DIRI

Declaration of Health Status

(Sila tandakan (v) di kotak yang berkenaan)

Please (v) in the appropriate box

1. Adakah anda pernah mengidap atau menerima rawatan bagi penyakit-penyakit berikut :

Have you ever suffered or are you undergoing treatment for the following condition :

	YA/YES	TDAK/NO	Jika YA berikan ulasan If YES, please describe
a. Lelah (<i>Asthma</i>)	☐	☐	_____
b. Tibi (<i>Tuberculosis</i>)	☐	☐	_____
c. Sakit Jantung (<i>Heart Disease</i>)	☐	☐	_____
d. Tekanan Darah Tinggi (<i>High Blood Pressure</i>)	☐	☐	_____
e. Kencing Manis (<i>Diabetes</i>)	☐	☐	_____
f. Penyakit Buah Pinggang (<i>Kidney Disease</i>)	☐	☐	_____
g. Sawan (<i>Fits</i>)	☐	☐	_____
h. Penyakit Jiwa/ Psikiatri (<i>Mental/ Psychiatric / Illness</i>)	☐	☐	_____
i. Kecatatan Anggota (<i>Deformity</i>)	☐	☐	_____
j. Barah (<i>Cancer</i>)	☐	☐	_____
k. Penyakit Kulit Kronik (<i>Chronic Skin Disease</i>)	☐	☐	_____
l. Alahan Kepada Ubat/ Makanan (<i>Allergy to Medicine / Food</i>)	☐	☐	_____
m. Lain-lain Penyakit yang Mudarat (<i>Other serious disease</i>)	☐	☐	_____

2. Adakah anda merokok (*Are you a smoker*)

☐	☐
--------------------------	--------------------------

Nyatakan berapa banyak
Sehari dan berapa lama
*Amount smoked daily
and duration of smoking*

3. Keadaan Panca Indera

	Biasa (normal)	Kurang Biasa (abnormal)
a. Penglihatan (<i>vision</i>)	☐	☐
b. Pendengaran (<i>hearing</i>)	☐	☐

PENGAKUAN PELAJAR

Student's Declaration

Saya _____
Dengan ini mengaku bahawa segala maklumat
yang diberikan adalah benar dan lengkap
*I certify that the informations supplied by me are correct
and complete)*

No Kad Pengenalan
I/C No

Tarikh : _____

Date:

Tandatangan pelajar di hadapan Doktor
Student's signature in the presence of the Doctor

BAHAGIAN 2
Part 2

LAPORAN PEMERIKSAAN DOKTOR
Doctor's Report

Untuk diisi oleh doktor yang memeriksa calon.
To be completed by the examining Doctor

Sila tandakan (/) atau isikan maklumat di kotak yang berkenaan.
Please tick or fill in the appropriate boxes

1. Tinggi (*Height*) cm

2. Berat Badan (*Weight*) kg

3. Kadar Nadi (*Pulse*) /min

4. Tekanan darah (*Blood Pressure*)

SISTOLIK	mmHg
DIASTOLIK	mmHg

5. BMI (*Body Mass Index*)

	BIASA (<i>Normal</i>)	LUAR BIASA (<i>Abnormal</i>)	CATATAN DOKTOR <i>Doctor's comments</i>
6. KEADAAN KECERGASAN OTAK <i>Mental Intelligence</i>	☐	☐	_____

	Kanan (<i>Right</i>)	Kiri (<i>Left</i>)	
7. PEMERIKSAAN MATA <i>Eye Examination</i>			
a. Penglihatan Tanpa Kacamata <i>Without Glasses</i>	☐	☐	_____

	BIASA (<i>Normal</i>)	LUAR BIASA (<i>Abnormal</i>)	CATATAN DOKTOR <i>Doctor's comments</i>
b. Dengan Kacamata <i>With Glasses</i>	☐	☐	_____

	Ada (<i>Present</i>)	Tiada (<i>Absent</i>)
c. Rabun Warna <i>Colour Blindness</i>	☐	☐

d. Sebab Kekurangan Penglihatan
Cause of Visual Defect

	BIASA (<i>Normal</i>)	LUAR BIASA (<i>Abnormal</i>)	CATATAN DOKTOR <i>Doctor's comments</i>
--	----------------------------	-----------------------------------	--

8. PEMERIKSAAN TELINGA (<i>Ear Examination</i>)	☐	☐	_____
--	--------------------------	--------------------------	-------

9. PEMERIKSAAN GIGI (<i>Teeth Examination</i>)	☐	☐	_____
---	--------------------------	--------------------------	-------

10. KULIT (<i>Skin</i>)	☐	☐	_____
---------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

11. JANTUNG (<i>Heart</i>)	☐	☐	_____
------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

12. PARU-PARU (<i>Lungs</i>)	☐	☐	_____
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

13. ABDOMEN (<i>Abdomen</i>)	☐	☐	_____
--------------------------------	--------------------------	--------------------------	-------

14. SISTEM OTOT DAN KERANGKA (<i>Musculoskeletal System</i>)	☐	☐	_____
---	--------------------------	--------------------------	-------

15. SISTEM URAT SARAF
(*Nervous System*) ☐ ☐ _____
16. KECACATAN SARAF
(*Neurological deficits*) ☐ ☐
Ada (*Present*) Tiada (*Absent*)
17. PEMERIKSAAN AIR KENCING
(*Urine Examination*) ☐ ☐
Ada (*Present*) Tiada (*Absent*)
- i. Gula (*Urine Sugar*) ☐ ☐
- ii. Albumin (*Albumin*) ☐ ☐
- iii. Darah (*Blood / RBC*) ☐ ☐
18. LAPORAN X-RAY DADA (Filemnya hendaklah dilampirkan bersama laporan tersebut)

NO. X-RAY (X-Ray No.)	
TARIKH X-RAY (Date of X-Ray)	

LAPORAN : _____
Report _____

PENGESAHAN DOKTOR
Doctor's Certification

Sila tandakan (/) di dalam kotak berkenaan
Please tick in the appropriate boxes

Saya mengesahkan bahawa pada hari ini saya telah memeriksa
I certify that I have this day examined

_____ No K/P _____
dan mendapati bahawa (*and found*) I/C No _____

- ☐ Beliau tidak mengidapi apa-apa penyakit dan disahkan sihat
The above named is fit and in good health
- ☐ Beliau mengidap penyakit _____
The above named has
- ☐ Beliau sedang mendapatkan rawatan/ memerlukan peperiksaan dan kajian selanjutnya.
The above named is undergoing treatment/ needs further treatment.
- ☐ Beliau tidak sihat dan dinasihatkan supaya mendapat rawatan lanjutan sebelum mendaftar di Universiti Pendidikan Sultan Idris
The above named is unfit and is advised to get further treatment before enrolling into Universiti Pendidikan Sultan Idris.

Tarikh : _____
Date

Tandatangan Doktor _____
Signature of Doctor

Nama Doktor _____
Name of Doctor

Kelulusan dan Cop Rasmi Klinik _____
Qualification and official stamp of Clinic

BAHAGIAN 3
Borang 3 A

No Matrik :	
Fakulti :	
Program :	

AKTA UNIVERSITI PENDIDIKAN SULTAN IDRIS
(SKIM PERKHIDMATAN KESIHATAN PELAJAR) 1992
[Bahagian II (3)]

BORANG 2

LAPORAN DARI PEGAWAI PERUBATAN UNIVERSITI PENDIDIKAN SULTAN IDRIS

Setelah diperiksa laporan pemeriksaan kesihatan yang dikemukakan oleh calon, dengan ini disahkan bahawa :

[Nama dengan HURUF BESAR] *

Adalah dalam keadaan sihat untuk mengikuti pengajian di Universiti Pendidikan Sultan Idris
(Tertakluk kepada butir-butir yang dinyatakan di bawah ruangan CATATAN)

Tandatangan
Pegawai Perubatan
Universiti Pendidikan Sultan Idris

Tarikh_____

Catatan : _____

* Untuk diisi oleh calon

BAHAGIAN 3
Borang 3 B

KEIZINAN PEMBEDAHAN

Saya.....No. K/P / Pasport

Beralamat.....

.....

*Ibu bapa / Penjaga kepada.....

No. K/P / PasportNo Pendaftaran.....

Fakulti.....Program.....

Dengan ini dengan rela hati membenarkan Universiti Pendidikan Sultan Idris bertindak sebagai 'Next of Kin' untuk menandatangani borang keizinan pembedahan bagi pihak saya jika berlaku apa-apa kemalangan atau kecederaan yang memerlukan pembedahan terhadap beliau dan mengaku bahawa saya akan melepaskan atau membebaskan tanggungan Universiti Pendidikan Sultan Idris dari sebarang tuntutan sama ada dari pihak saya sendiri atau pihak-pihak lain sekiranya berlaku apa-apa perkara, kesan atau akibat dari pembedahan tersebut.

Dihadapan (Nama Saksi)No K/P / Pasport

Alamat

.....

.....

.....
(Tandatangan Ibu Bapa/ Penjaga)

.....
(Tandatangan Saksi dan Cop Jawatan)

Tarikh

Perhatian : saksi hendaklah terdiri daripada salah seorang yang berikut :

- 1) *Pegawai Daerah atau Penolong Pegawai Daerah.*
- 2) *Penghulu / Penggawa.*
- 3) *Pegawai Kerajaan, Pegawai Badan Berkanun atau Majlis Tempatan dalam Kumpulan Pengurusan dan Profesional (Pegawai yang berkhidmat di Universiti Pendidikan Sultan Idris tidak dibenarkan menjadi saksi)*
- 4) *Guru Besar.*
- 5) *Pegawai Pendidikan Daerah.*

** Potong yang tidak berkenaan*

BAHAGIAN 3
Borang 3 C

PENGAKUAN PENYAKIT

Dengan ini saya

No K/P No Matrik

Fakulti..... * **ada / tiada** menghadapi penyakit kronik.

Jika ada sila nyatakan butiran seperti di bawah :

1) Penyakit :

2) Tarikh Disahkan :

3) Pengesahan Penyakit :
(Hospital / Klinik)

4) Rawatan / Ubatan :

Tandatangan Pelajar :

.....

Tandatangan Saksi & Cop Jawatan :

.....

Tarikh :

Tarikh :

**Potong yang tidak berkenaan*

Perhatian : Saksi hendaklah terdiri daripada salah seorang yang berikut :

- 1) *Pegawai Daerah / Penolong Pegawai Daerah.*
- 2) *Penghulu / Penggawa.*
- 3) *Pegawai Kerajaan, Pegawai Badan Berkanun, atau Majlis Tempatan dalam Kumpulan Pengurusan dan Profesional. (Pegawai yang berkhidmat di Universiti Pendidikan Sultan Idris tidak dibenarkan menjadi saksi).*
- 4) *Guru Besar / Pengetua.*
- 5) *Pegawai Pendidikan Daerah.*