

**Appointment**

**DIETETIK  
PESAKIT LUAR**  
KKM/JDS/DC/002Pind1/2019

Tarikh

Masa

**BORANG RUJUKAN DIETETIK (PESAKIT LUAR)  
HOSPITAL KULIM**

**MAKLUMAT PESAKIT**

**Nama** : \_\_\_\_\_

**No. Kad Pengenalan / No ID (lain)** : \_\_\_\_\_ **Umur** : \_\_\_\_ Tahun \_\_\_\_ Bulan

**Jantina** :  Lelaki  Perempuan

**Bangsa** :  Melayu  Cina  India  Lain-lain \_\_\_\_\_

**No. Telefon** : \_\_\_\_\_

**Diagnosis** : \_\_\_\_\_

**Rawatan / Ubat-ubatan** : \_\_\_\_\_

**ANTROPOMETRI:**

BERAT (kg)	TINGGI (m)	BMI (kg/m <sup>2</sup> )

**KEPUTUSAN UJIAN DARAH:**

FBS	_____ mmol/l	Urea	_____ mmol/l	Total Chol.	_____ mmol/l
2HPP	_____ mmol/l	Sodium	_____ mmol/l	Triglycerides	_____ mmol/l
RBS	_____ mmol/l	Potassium	_____ mmol/l	LDL-Chol.	_____ mmol/l
HbA1c	_____ mmol/l	Creatinine	_____ mmol/l	HDL-Chol.	_____ mmol/l
Hb	_____ mmol/l	Phosphate	_____ mmol/l	TC/HDL Ratio	_____ mmol/l
Total Prot.	_____ mmol/l	Calcium	_____ mmol/l	Lain-lain	_____ mmol/l
Albumin	_____ mmol/l	Uric Acid	_____ mmol/l		_____ mmol/l

**Tujuan Rujukan:**

Konsultasi Individu

Konsultasi Berkumpulan

**Disiplin**

Bedah Mulut

Kardiologi

Onkologi

Psikiatrik

Bedah Plastik

Metabolik/Genetik

Neurosurgeri

Nefrologi

Otorhinolaringologi

Rawatan Rapi

Neurologi

Ortopedik

Rehabilitasi

Dermatologi

Oftalmologi

Pembedahan Am

Urologi

Hematologi

Hepatobiliari

Geriatrik

O & G

Perubatan

Pediatrik

Lain-lain \_\_\_\_\_

Tandatangan dan cop pegawai perubatan yang merujuk:

Talian Klinik Dietetik: **04-4272733 samb. 3702**

Tarikh : \_\_\_\_\_