



**BORANG PENDAFTARAN PENDERMA DARAH
PERKHIDMATAN TRANSFUSI DARAH
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**



(Pusat Kutipan)

Nama	:	_____		
No. KP Baru	:	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>
No. KP Polis/Askar	:	<input type="text"/>		
Tarikh Lahir	:	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>
Umur	:	<input type="text"/>	Tahun	Jantina :
Bangsa	:	<input type="checkbox"/> Melayu	<input type="checkbox"/> Cina	<input type="checkbox"/> India
		<input type="checkbox"/> Iban	<input type="checkbox"/> Kadazan	<input type="checkbox"/> Melanau
		<input type="checkbox"/> Murut	<input type="checkbox"/> Bidayah	<input type="checkbox"/> Bajau
Status Perkahwinan	:	<input type="checkbox"/> Bujang	<input type="checkbox"/> Berkahwin	<input type="checkbox"/> Duda/Janda/Bercerai
Pekerjaan	:	_____		E-mel :
No. Tel. Rumah	:	_____		No. H/P :
No. Tel Pejabat	:	_____		Faks :
Alamat Rumah Sekarang/Semasa	:	_____		
		Negeri :	_____	Poskod :
Alamat Surat Menyurat	:	_____		
		Negeri :	_____	Poskod :

Untuk Bukan Warganegara

No. Pasport : _____

Negara : _____

Jantina : Lelaki Perempuan Lain-lain (nyatakan)

PERHATIAN : ADAKAH DARAH ANDA SELAMAT UNTUK DIDERMAKAN?

Terima kasih kerana dengan sukarela tampil untuk menderma darah anda. Darah yang anda dermakan dapat membantu menyelamatkan nyawa

Kami sentiasa berusaha memastikan darah yang diberi kepada pesakit adalah selamat. Untuk itu semua darah yang didermakan akan diuji untuk mengesan jangkitan Hepatitis B dan C, HIV dan Sifilis. Walaubagaimanapun, ada kalanya ujian-ujian ini gagal mengesan darah yang baru sahaja dijangkiti. Akibatnya darah yang dijangkiti ini mungkin akan diberi kepada pesakit tanpa disedari.

Oleh sebab itu, bagi membantu kami memastikan darah yang didermakan adalah selamat untuk digunakan, anda diminta untuk membaca dengan teliti kenyataan di bawah sebelum anda menderma darah.

Anda DIMINTA UNTUK TIDAK MENDERMA DARAH jika anda:

- tahu atau syak diri anda dihidapi **HIV**, penghidap/pembawa **Hepatitis B** atau **Hepatitis C**, atau dijangkiti **Sifilis** atau **Penyakit Kelamin** yang lain.
- mengamal atau pernah mengamalkan gaya hidup **BERTUKAR-TUKAR PASANGAN SEKS**
- lelaki yang pernah melakukan hubungan seks dengan lelaki lain (**HOMOSEKSUAL/BISEKSUAL**)
- pernah membayar atau menerima bayaran untuk hubungan seks
- pernah melakukan hubungan seks dengan pekerja seks komersil (pelacur)
- pernah mengambil dadah terlarang secara suntikan
- pernah melakukan hubungan seks dengan sesiapa daripada mana-mana golongan di atas

Anda juga diminta supaya **JANGAN** menderma darah dengan tujuan untuk menguji darah anda. Ujian darah boleh dilakukan di mana-mana Klinik Kesihatan yang berhampiran. Jika anda mempunyai sebarang soalan, sila bertemu Pegawai Perubatan bertugas untuk bantuan.

“DARAH YANG SELAMAT BERMULA DENGAN SAYA”

SOALSELIDIK KELAYAKAN PENDERMA DARAH

"Mana-mana penderma darah yang didapati memberikan pengakuan yang tidak benar berkaitan dengan tingkah laku gaya hidup mereka yang berisiko tinggi, akan didakwa di Mahkamah mengikut undang-undang yang sedang berkuatkuasa"

Sebelum anda teruskan dengan soalselidik ini, sila baca dan fahamkan kenyataan di muka hadapan. Jawab soalan-soalan berikut dengan menanda \checkmark di kotak jawapan yang bersesuaian.

		Ya	Tidak
1.	Adakah anda berasa sihat hari ini?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.	Adakah anda menderma untuk menguji darah anda untuk HIV, Hepatitis dan/atau Sifilis?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.	Pernahkah anda menderma darah sebelum ini? Jika ya, pernahkah anda hadapi masalah semasa atau selepas menderma? Jika ya, sila nyatakan _____	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
4.	Dalam tempoh seminggu yang lepas, pernahkah anda:		
	a) Mengambil sebarang ubat-ubatan? Jika ya, sila nyatakan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Menghidap demam, selsema dan/atau batuk?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Diserang sakit kepala atau migrain?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Mendapatkan rawatan doktor untuk sebarang masalah kesihatan? Jika ya, sila nyatakan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.	Adakah anda sedang menghidap / pernah menghidap / sedang dirawat / pernah dirawat untuk sebarang masalah kesihatan berikut?		
		Ya	Tidak
	• Sakit kuning / Jaundis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Hepatitis B atau Hepatitis C	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• HIV	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Penyakit Kelamin / Sifilis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Malaria	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Sakit Buah Pinggang	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Asma / Lelah	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	* Jika ya, sila nyatakan _____		
		Ya	Tidak
	• Batuk Kering	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Kencing Manis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Darah Tinggi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Penyakit Jantung	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Penyakit Mental	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Epilepsi / Sawan	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	• Lain-lain*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.	Adakah sesiapa di dalam keluarga anda pernah menghidap atau sedang dirawat untuk penyakit Hepatitis B atau Hepatitis C? Jika ya, sila nyatakan hubungan anda dengan beliau _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.	Dalam tempoh 6 bulan yang lalu, pernahkah anda:		
	a) Menjalani sebarang rawatan pembedahan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Menerima pemindahan (transfusi) darah?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Mendapat kecederaan akibat tusukan jarum tanpa sengaja?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.	Pernahkah anda menerima suntikan imunisasi atau sebarang bentuk suntikan untuk kecantikan (cth: botox, kolagen) dalam tempoh 4 minggu yang lepas? Jika ya, sila nyatakan jenis dan/atau tujuan _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.	Pernahkah anda mendapat rawatan pergigian dalam tempoh 24 jam yang lepas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.	Pernahkah anda bertindik di mana-mana bahagian badan (<i>body piercing</i>), bertatu (<i>tattooing</i>), berbekam atau menjalani akupunktur dalam tempoh 6 bulan yang lepas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.	Adakah di dalam tempoh 24 jam yang lepas anda telah mengambil minuman beralkohol sehingga memabukkan?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.	Pernahkah anda menerima rawatan		
	a) Suntikan hormon tumbesaran manusia (<i>human growth hormone</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	b) Pemindahan (transplantasi) kornea?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	c) Pemindahan (transplantasi) selaput otak (<i>duramater</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	d) Pemindahan (transplantasi) sum-sum tulang atau sel stem (<i>stem cell</i>)?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

13. Risiko jangkitan variant Creutzfeldt-Jakob Disease (vCJD)
- | | Ya | Tidak |
|--|--------------------------|--------------------------|
| a) Pernahkah anda melawat atau menetap di United Kingdom (England, Ireland Utara, Wales, Scotland, Isle of Man, Channel Island) atau Republik Ireland untuk tempoh terkumpul 6 bulan atau lebih di antara 1hb Januari 1980 hingga 31hb Disember 1996? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Pernahkah anda menerima transfusi atau suntikan darah atau produk darah sewaktu berada di United Kingdom di antara 1hb Januari 1980 hingga sekarang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Pernahkah anda melawat atau menetap di negara-negara Eropah berikut* untuk tempoh terkumpul 5 tahun atau lebih di antara 1hb Januari 1980 hingga sekarang? (*Austria, Belanda, Belgium, Denmark, Finland, Greece, Jerman, Itali, Liechtenstein, Luxembourg, Norway, Perancis, Portugal, Sepanyol, Sweden dan Switzerland) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

14. Demi keselamatan pesakit, soalan-soalan berikut **PERLU** dijawab dengan **JUJUR**, walaupun ia hanya melibatkan anda sekali sahaja. Anda dikehendaki menjawab soalan-soalan berikut di hadapan doktor atau pegawai KKM yang menemuduga anda.

- | | Ya | Tidak |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Jika anda lelaki, pernahkah anda melakukan hubungan seks dengan lelaki lain? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Pernahkah anda melakukan hubungan seks dengan pekerja seks komersil (pelacur)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Pernahkah anda membayar atau menerima bayaran untuk seks? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Pernahkah anda mempunyai lebih daripada seorang pasangan seks? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Adakah anda mempunyai pasangan seks baru dalam tempoh 12 bulan yang lalu? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| f) Pernahkah anda menyuntik diri anda dengan dadah yang terlarang, termasuk dadah bina badan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| g) Adakah pasangan seks anda tergolong di dalam mana-mana kategori di atas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| h) Adakah anda atau pasangan seks anda pernah diuji positif untuk HIV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| i) Adakah anda rasa anda atau pasangan seks anda mungkin dijangkiti HIV? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Saya, nama seperti di borang ini, mengesahkan bahawa saya faham **SEMUA** soalan di atas seperti yang **DIJELASKAN** kepada saya dan saya **MENGAKU** bahawa saya telah menjawabnya dengan **BENAR** dan **JUJUR**.

(Tandatangan Penderma)

Tarikh : _____

(Nama & Tandatangan Penemuduga)

Tarikh : _____

15. Untuk dijawab oleh penderma wanita sahaja
- | | Ya | Tidak |
|---|--------------------------|--------------------------|
| a) Adakah anda sedang kedatangan haid sekarang? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| b) Adakah anda mengandung atau mungkin mengandung? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| c) Adakah anda mempunyai anak yang masih menyusu-badan? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| d) Pernahkah anda melahirkan anak atau keguguran dalam tempoh 6 bulan yang lepas? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

PENGAKUAN DAN KEBENARAN PENDERMA

(untuk ditandatangani di hadapan doktor atau pegawai KKM yang menemuduga anda)

Saya, nama seperti di borang ini:-

- Mengaku bahawa jawapan untuk **SEMUA** soalan di atas adalah benar.
- Sedar bahawa saya tidak boleh menderma darah saya jika saya tergolong di dalam mana-mana kumpulan individu yang berisiko untuk dijangkiti HIV/Hepatitis/Sifilis (rujuk **PERHATIAN** di muka 1).
- Dengan sukarela membenarkan pengambilan darah / komponen darah saya dan penggunaannya bagi ujian untuk HIV, Hepatitis B, Hepatitis C dan Sifilis, dan untuk tujuan lain yang difikirkan perlu oleh Pusat Perkhidmatan Darah, Hospital dan Kementerian Kesihatan Malaysia.
- Faham bahawa semua maklumat yang diberi dan keputusan ujian adalah sulit.

(Tandatangan Penderma)

Tarikh : _____

(Nama & Tandatangan Penemuduga)

Tarikh : _____

UNTUK DIISI OLEH KAKITANGAN KKM BERTUGAS

Nombor Pengenalan Pendermaan (Barkod) : _____

- Jenis Penderma : Penderma Baru
 Penderma Tetap/Berulang
 Penderma Lama (*Lapsed*)
 Penderma Autologus

Tarikh Akhir Pendermaan : / /

Jumlah Pendermaan : _____

Status Kelayakan Penderma (cth. SUKUSA, BBIS) : Layak Tidak Layak

Tarikh Pendaftaran: / /

Didaftarkan Oleh : _____
 (Nama & T/Tangan Kakitangan)

Pemerhatian / Ujian	Keputusan	Nama & T/Tangan Kakitangan
Berat Badan (kg)		
Kumpulan Darah		
Paras Hb (g/dL) (*sila nyatakan jika berkenaan)	<input type="checkbox"/> ≥ 12.5 g/dL <input type="checkbox"/> < 12.5 g/dL *Nilai Hb : _____ g/dL	
Kiraan Platelet Pra-pendermaan (pendermaan platelet aferesis)	_____ x 10 ⁹ /L	
Tekanan Darah (mmHg)		

**Individu yang namanya seperti di borang ini telah ditemuduga, diperiksa dan diuji, dan didapati:
 (sila tandakan √)**

LAYAK UNTUK MENDERMA

TIDAK LAYAK UNTUK MENDERMA

- | | |
|-------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Darah Utuh | <input type="checkbox"/> Aferesis |
| <input type="checkbox"/> Triple Bag | <input type="checkbox"/> Plasma |
| <input type="checkbox"/> Double Bag | <input type="checkbox"/> Platelet |
| <input type="checkbox"/> Single Bag | <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan) _____ |
| <input type="checkbox"/> Filter Bag | |

Sebab : _____

Status Tidak Layak :

- Kekal
 Sementara

Tempoh : _____

Isipadu : ml

Nama & T/Tangan Kakitangan : _____

Proses Pendermaan Darah		Nama & T/Tangan Kakitangan
Venepuncture Dilakukan Oleh :		
Ubat Pelali Diberi? :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Masa Pendermaan Bermula :	Masa <input type="text"/>	
Sampel Diambil? :	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak	
Masa Pendermaan Berakhir :	Masa <input type="text"/>	
Baki Barkod (Pengenalan Pendermaan) :	Jumlah : _____ <i>Tampal Baki Barkod Di Sini</i>	
Nota / Komen (jika ada) :		