



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



(Pusat Kutipan)

|                         |                                 |                                    |                                              |
|-------------------------|---------------------------------|------------------------------------|----------------------------------------------|
| Nama :                  |                                 |                                    |                                              |
| No. KP Baru :           | <input type="text"/>            | - <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                              |                                              |
| 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"/> Bidayuh   | <input type="checkbox"/> Bajau               |
| Status Perkahwinan :    | <input type="checkbox"/> Bujang | <input type="checkbox"/> Berkahwin | <input type="checkbox"/> Duda/Janda/Bercerai |
| Pekerjaan :             |                                 |                                    |                                              |
| No. Tel. Rumah :        |                                 |                                    |                                              |
| No. Tel Pejabat :       |                                 |                                    |                                              |
| 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”**

## SOAL SELIDIK 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 soal selidik ini, sila baca dan fahamkan kenyataan di muka hadapan Jawab soalan-soalan berikut dengan menanda ✓ 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?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| Jika ya, pernahkah anda hadapi masalah semasa atau selepas menderma?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| Jika ya, sila nyatakan _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| 4. Dalam tempoh seminggu yang lepas, pernahkah anda:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                          |                          |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| a) Mengambil sebarang ubat-ubatan?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| Jika ya, sila nyatakan _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| 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?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| Jika ya, sila nyatakan _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                          |                          |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| 5. Adakah anda sedang menghidap / pernah menghidap / sedang dirawat / pernah dirawat untuk sebarang masalah kesihatan berikut?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| <table border="0" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ya</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Tidak</th> <th style="width: 45%;"></th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Ya</th> <th style="width: 10%; text-align: center;">Tidak</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>• Sakit kuning / Jaundis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>• Batuk Kering</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Hepatitis B atau Hepatitis C</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>• Kencing Manis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• HIV</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>• Darah Tinggi</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Penyakit Kelamin / Sifilis</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>• Penyakit Jantung</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Malaria</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>• Penyakit Mental</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Sakit Buah Pinggang</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>• Epilepsi / Sawan</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> <tr> <td>• Asma / Lelah</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td>• Lain-lain*</td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> <td style="text-align: center;"><input type="checkbox"/></td> </tr> </tbody> </table> |                          | Ya                       | Tidak              |                          | Ya                       | Tidak | • Sakit kuning / Jaundis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Batuk Kering | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Hepatitis B atau Hepatitis C | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Kencing Manis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • HIV | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Darah Tinggi | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Penyakit Kelamin / Sifilis | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Penyakit Jantung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Malaria | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Penyakit Mental | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Sakit Buah Pinggang | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Epilepsi / Sawan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Asma / Lelah | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Lain-lain* | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Ya                       | Tidak                    |                    | Ya                       | Tidak                    |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| • Sakit kuning / Jaundis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Batuk Kering     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| • Hepatitis B atau Hepatitis C                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Kencing Manis    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| • HIV                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Darah Tinggi     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| • Penyakit Kelamin / Sifilis                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Penyakit Jantung | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| • Malaria                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Penyakit Mental  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| • Sakit Buah Pinggang                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Epilepsi / Sawan | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| • Asma / Lelah                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | • Lain-lain*       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| * Jika ya, sila nyatakan _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                          |                          |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| 6. Adakah sesiapa di dalam keluarga anda pernah menghidap atau sedang dirawat untuk penyakit Hepatitis B atau Hepatitis C?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| Jika ya, sila nyatakan hubungan anda dengan beliau _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                          |                          |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| 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?                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| Jika ya, sila nyatakan jenis dan/atau tujuan _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                          |                          |                    |                          |                          |       |                          |                          |                          |                |                          |                          |                                |                          |                          |                 |                          |                          |       |                          |                          |                |                          |                          |                              |                          |                          |                    |                          |                          |           |                          |                          |                   |                          |                          |                       |                          |                          |                    |                          |                          |                |                          |                          |              |                          |                          |  |  |
| 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?<br>(*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 <b>lebih daripada seorang</b> pasangan seks?                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| e) Adakah anda mempunyai <b>pasangan seks baru</b> 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 **MENAKU** 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 LayakTarikh Pendaftaran:  /  / Didaftarkan Oleh : \_\_\_\_\_  
(Nama & T/Tangan Kakitangan)

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

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

☐ **LAYAK UNTUK MENDERMA**

☐ Darah Utuh    ☐ Aferesis  
☐ Triple Bag    ☐ Plasma  
☐ Double Bag    ☐ Platelet  
☐ Single Bag    ☐ Lain-lain (nyatakan) \_\_\_\_\_  
☐ Filter Bag

Isipadu :  ml☐ **TIDAK LAYAK UNTUK MENDERMA**

Sebab : \_\_\_\_\_

Status Tidak Layak :

☐ Kekal  
☐ Sementara

Tempoh : \_\_\_\_\_

Nama &amp; 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<br>(Pengenalan Pendermaan) : | Jumlah : _____<br><i>Tampal Baki Barkod Di Sini</i>        |                            |
| Nota / Komen (jika ada) :                |                                                            |                            |