

SARINGAN KESIHATAN TAHUNAN KAKITANGAN

HOSHAS/UKA/KOSPENPLUS/BIL1

INFO DEMOGRAFIK

Tarikh : _____

Nama : _____

No Kad Pengenalan : _____

Umur : _____ Jantina : L P

Tarikh Lahir : _____

Bangsa : _____ Agama : _____

Status Perkahwinan : _____

Tahap Pendidikan: _____

Alamat Rumah : _____

No. Telefon : _____

Emel _____

Jawatan : _____

Unit : _____

Jumlah Pendapatan : _____

SEJARAH PENYAKIT SENDIRI

Diabetes

Hipertensi

Jantung

Angin Ahmar

Penyakit Mental

Lelah (Asma)

Kanser (Nyatakan) : _____

Lain-lain (Nyatakan) : _____

Senarai ubat-ubatan yang diambil : _____

Alahan ubat/makanan: _____

Adakah anda merokok? : YA TIDAK Jika Ya, nyatakan _____ batang/hari

SEJARAH PENYAKIT KELUARGA

Diabetes

Hipertensi

Jantung

Angin Ahmar

Penyakit Mental

Lelah (Asma)

Kanser (Nyatakan) : _____

Lain-lain (Nyatakan) : _____

SARINGAN KESIHATAN TUBUH BADAN

Tinggi : _____ cm Berat badan : _____ kg BMI : _____ kg/m²

Ukur lilit pinggang: _____ cm Tekanan Darah : _____ *Lemak badan : _____%

Paras Glukosa (puasa) : _____ mmol/L *Paras Kolesterol (puasa) : _____ mmol/L

*jika ada

SARINGAN PENYAKIT TIBI

Adakah anda pernah terdedah dengan pesakit TIBI?

Jika ya, nyatakan hubungan dengan pesakit: _____ Tarikh : _____

Pernahkah anda mendapat vaksinasi BCG? Ya Tidak Jika ya, nyatakan tarikh : _____

Adakah anda mengalami simptom-simptom berikut;

Batuk melebihi 10 hari Kahak berdarah Demam

Hilang selera makan Susut berat badan mendadak Letih lesu

Sesak nafas Berpeluh di waktu malam Bengkak kelenjar

Pernahkan anda didiagnosa sebagai pesakit TIBI / menerima rawatan TIBI sebelum ini? Ya Tidak

Jika ya, tahun diagnosa: _____

Rawatan TIBI lengkap? : Ya Tidak Jika ya, nyatakan tarikh : _____

Jika tidak, nyatakan sebab: _____

SARINGAN PENYAKIT HEPATITIS B

Pernahkah anda mendapat suntikan vaksin Hep B?

Pernah Tidak Pernah Tidak Ingat

Jika Ya, nyatakan tarikh imunisasi: Dos 1 : _____

Dos 2 : _____

Dos 3 : _____

Status antibodi Hep B (anti-HBs) : _____ mIU/mL Tarikh : _____

SARINGAN PERMASALAHAN ALKOHOL

Adakah anda pernah mengambil minuman keras/arak/beralkohol? : Ya Tidak

Jika Ya, sila jawab soalan berikutnya;

1. Dalam tempoh 12 bulan lepas, berapa kerapkah anda minum minuman keras/arak/beralkohol?

(0) Tak Pernah (3) 2-3 kali seminggu

(1) Sekali sebulan / kurang (4) 4 kali atau lebih seminggu

(2) 2-4 kali sebulan

2. Kebiasaannya pada hari yang anda minum, berapa banyakkah anda minum minuman keras/arak/beralkohol?

(0) 1 atau 2 (3) 7,8 atau 9

(1) 3 atau 4 (4) 10 atau lebih

(2) 5 atau 6

3. Berapa kerap anda terlebih minum minuman beralkohol pada satu masa?

(0) Tak Pernah (3) Sekali seminggu

(1) Kurang dari sekali sebulan (4) Setiap hari/hampir setiap hari

(2) Sekali sebulan

Markah keseluruhan tahap pengambilan alkohol:

0-2 (risiko Rendah)

3-4 (risiko sederhana)

5-12 (risiko tinggi)

SARINGAN MINDA SIHAT

SOAL SELIDIK DASS₂₁

LANGKAH 1 : Sila baca dan jawab soal selidik DASS₂₁

LANGKAH 2 : Masukkan skala markah jawapan ke dalam ruangan kosong dibahagian 2, mengikut soalan (s) bagi setiap kategori (Stress, Anzieti dan Kemurungan)

LANGKAH 3 : Jumlahkan skala markah bagi setiap kategori bagi mengetahui tahap status kesihatan

LANGKAH 4 : Sila isikan keputusan dalam bahagian 3 dan isikan dalam keratan di muka hadapan

BAHAGIAN 1

Sila baca kenyataan dan bulatkan jawapan (skala markah 0,1,2,3) yang menggambarkan keadaan anda **SEMINGGU** yang lepas. Tidak ada jawapan yang betul atau salah. JANGAN guna terlalu banyak masa untuk mana-mana kenyataan.

Skala markah adalah seperti berikut:

0 =Tidak pernah sama sekali 1=Jarang 2=Kerap 3=Sangat Kerap

		Tidak Pernah	Jarang	Kerap	Sangat Kerap
1	Saya rasa susah untuk bertenang	0	1	2	3
2	Saya sedar mulut saya rasa kering	0	1	2	3
3	Saya seolah-olah tidak dapat mengalami perasaan positif sama sekali	0	1	2	3
4	Saya mengalami kesukaran bernafas (contohnya, bernafas terlalu cepat Tercungap-cungap walaupun tidak melakukan aktiviti fizikal)	0	1	2	3
5	Saya rasa tidak bersemangat untuk memulakan sesuatu keadaan	0	1	2	3
6	Saya cenderung bertindak secara berlebihan kepada sesuatu keadaan	0	1	2	3
7	Saya pernah menggeletar (contohnya tangan)	0	1	2	3
8	Saya rasa saya terlalu gelisah	0	1	2	3
9	Saya risau akan berlaku keadaan di mana saya panik dan berkelakuan bodoh	0	1	2	3
10	Saya rasa tidak ada yang saya harapkan (putus harapan)	0	1	2	3
11	Saya dapati saya mudah resah	0	1	2	3
12	Saya merasa sukar untuk relaks	0	1	2	3
13	Saya rasa muram dan sedih	0	1	2	3
14	Saya tidak boleh terima apa jua yang menghalangi saya daripada meneruskan apa yang saya sedang lakukan	0	1	2	3
15	Saya rasa hampir panik	0	1	2	3
16	Saya tidak bersemangat langsung	0	1	2	3
17	Saya rasa diri saya tidak berharga	0	1	2	3
18	Saya mudah tersinggung	0	1	2	3
19	Walaupun saya tidak melakukan aktiviti fizikal, saya sedar akan debaran Jantung saya (contoh: degupan jantung lebih cepat)	0	1	2	3
20	Saya rasa takut tanpa sebab	0	1	2	3
21	Saya rasa hidup ini tidak beerti lagi	0	1	2	3

Panduan Mengira Skor :
Masukkan skala markah jawapan bagi soalan (S) bagi setiap kategori

STRESS (TEKANAN)								
Soalan	S1	S6	S8	S11	S12	S14	S18	Jumlah
Markah								
ANZIETI (KERISAUAN)								
Soalan	S2	S4	S7	S9	S15	S19	S20	Jumlah
Markah								
DEPRESSION (KEMURUNGAN)								
Soalan	S3	S5	S10	S13	S16	S17	S21	Jumlah
Markah								

Selepas dijumlahkan, sila rujuk kepada petak skor jaringan dan terjemahkan jumlah skor untuk mengetahui tahap status kesihatan mental anda

	Kemurungan	Anzieti	Stress
Normal	0-5	0-4	0-7
Ringan	6-7	5-6	8-9
Sederhana	8-10	7-8	10-13
Teruk	11-14	9-10	14-17
Sangat Teruk	15+	11+	18+

BAHAGIAN 3

Isikan keputusan (normal, ringan, sederhana, teruk atau sangat teruk) dalam jadual di bawah.


KEPUTUSAN UJIAN DASS

Ujian	Tahap
Stres	
Anzieti	
Kemurungan	

RISIKO YANG DAPAT DIKENALPASTI DAN INTERVENSI (HANYA UNTUK STAF YANG BERISIKO/BELUM DIDIAGNOSA)

RISIKO	KEPUTUSAN UJIAN	PERSETUJUAN INTERVENSI	RUJUKAN
KENCING MANIS	FBS : _____mmol/L	YA/TIDAK	MOPD / KLINIK KESIHATAN TERDEKAT
DARAH TINGGI	BP : _____mmHg	YA/TIDAK	MOPD / KLINIK KESIHATAN TERDEKAT
OBESITI / BERAT BADAN BERLEBIHAN	BMI : _____kg/m ²	YA/TIDAK	PAKAR DIETETIK
*TINGGI KOLESTROL	CHOL : _____mmol/L	YA/TIDAK	MOPD / KLINIK KESIHATAN TERDEKAT
PENYAKIT JANTUNG	RISIKO : ADA/TIADA	YA/TIDAK	MOPD / KLINIK KESIHATAN TERDEKAT
KEMURUNGAN/ STRESS / ANZIETI	DASS :	YA/TIDAK	KAUNSELOR/ PAKAR PSIKIATRIK
RISIKO JANGKITAN TIBI	SIMPTOM:	WAJIB JIKA ADA	KLINIK DADA (XRAY)
IMUNISASI HEP B	ADA/TIADA	WAJIB JIKA TIADA	UNIT INFEKSI
PEROKOK	ADA/TIADA	WAJIB JIKA ADA	KLINIK BERHENTI MEROKOK
MASALAH ALKOHOL	RISIKO :	YA/TIDAK	KAUNSELOR/ MOPD

SLIP RUJUKAN (JIKA PERLU) :



KOSPEN PLUS
"Your Partner Towards a Healthy Workforce"

SLIP RUJUKAN

Sila tanda (✓) di ruang yang di sediakan, boleh ditandakan melebihi daripada satu.


NAMA KLIEN : _____
NO. K/P : _____

SEBAB RUJUKAN KLIEN:

PARAS TEKANAN DARAH TINGGI
 BACAAN PARAS GULA BERLEBIHAN
 OBESITI
 BERSEEDIA UNTUK BERHENTI MEROKOK
 LAIN-LAIN FAKTOR RISIKO PENYAKIT

Nyatakan: _____

Tarikh : _____
Nama Pegawai Merujuk : _____
Cop : _____



KOSPEN PLUS
"Your Partner Towards a Healthy Workforce"

Untuk Kegunaan
Pejabat Sahaja

SLIP PENGESAHAN

FAKTOR RISIKO ATAU PENYAKIT YANG DIKESAN

Sila tanda (✓) di ruang yang di sediakan, boleh ditandakan melebihi daripada satu.

PRE-HIPERTENSI
 HIPERTENSI
 PRE-DIABETES MELLITUS
 DIABETES MELLITUS
 OBESIE
 BERHENTI MEROKOK
 LAIN-LAIN FAKTOR RISIKO PENYAKIT

Nyatakan: _____

Tarikh Pengesahan : _____
Nama Pegawai Perubatan : _____
Cop : _____

RUJUKAN BAGI PETUGAS KESIHATAN SARINGAN

Klasifikasi BMI	BMI (kg/m ²)
Normal	18.5 — 24.9
Berat Badan Berlebihan	25.0 — 29.9
Obesiti Kelas I	30.0 — 34.9
Obesiti Kelas II	35.0 — 39.9
Obesiti Kelas III	≥ 40

Ujian Darah	Tahap
Glukosa (puasa)	Normal : < 5.6mmol/L Tidak Normal: ≥ 5.6mmol/L
Kolesterol (puasa)	Normal: < 5.2 mmol/L Tidak Normal: ≥ 5.2 mmol/L

Jantina	Ukur lilit Pinggang
Perempuan	< 80cm (31 inci)
Lelaki	< 90cm (35 inci)

Jantina	Lemak Badan (%)
Lelaki	<10
Perempuan	< 20

Klasifikasi Tekanan Darah	Sistolik		Diastolik
Optimum	<120	Dan	< 80
Pra-hipertensi	120-139	Dan/atau	80-89
Hipertensi tahap 1	140-159	Dan/atau	90-99
Hipertensi tahap 2	160-179	Dan/atau	100-109
Hipertensi tahap 3	≥180	Dan/atau	≥110