



## Borang Siasatan Kes Disyaki Tajuk Insiden :

Tarikh:	Masa:
Nama Pegawai Penyiasat:	
Jawatan:	
Tempat Bertugas:	

Maklumat Demografi	
Nama Penuh	
Umur	No. Kad Pengenalan
Jantina : Lelaki / Perempuan	Bangsa Melayu / India / Cina Lain-Lain .....
Pekerjaan / Pelajar Lain-Lain (Nyatakan): .....	
Alamat Rumah/Tempat Tinggal Semasa :	
No. Telefon :	
Status Mangsa(Hidup/Mati) :	
Sejarah Perubatan	
Sejarah Penyakit /Komorbid :	
Deskripsi Kejadian/Aduan	
Jenis Pencemaran : Pencemaran Air/ Udara/Kimia (Sila Pilih Yang Berkenaan)	
Punca Kejadian(Sila Nyatakan Jika Punca Diketahui):	



Nama Dan Alamat Tempat Kejadian(No/Blok/Tingkat/Jalan/Taman/Poskod/Bandar/Daerah) :
Tarikh Dan Masa Kejadian :
Alamat Keberadaan Semasa Kejadian:
Adakah Anda Menyedari Perubahan Dari Segi Bau/Rasa/Warna(Sila Jelaskan) :
Jika Ya, Nyatakan Tempoh Masa Perubahan Yang Dinyatakan:

<b>Deskripsi Perubahan :Bau /Rasa/ Warna</b>
Adakah Perubahan Telah Wujud Sebelum Ini? Gambarkan Perubahan Berkenaan

<b>GEJALA</b>		
<b>Sila tandakan (√) Pada Gejala Berkaitan</b>		<b>Tarikh Onset</b>
Sakit Dada		
Sesak Nafas		
Batuk		
Sakit Tekak		
Pening		
Pedih Mata		
Mata Kabur		
Lesu		
Gatal Kulit		
Sawan		
Muntah		



Cirit-Birit		
Loya		
Tiada Gejala		
Lain-Lain : Nyatakan		

<b>Maklumat Rawatan</b>	
Tarikh Rawatan	Nama Pusat Rawatan
Jenis Rawatan Diterima Pesakit Luar /Masuk Wad	
Maklumat Kemasukan Ke Wad:	
Nama Wad Dan No Pendaftaran Hosp	
Tarikh Masuk Wad (Hari/Bulan/Tahun) / /	Masa Masuk Wad
Tarikh Keluar Wad (Hari/Bulan/Tahun) / /	Masa Keluar Wad
Kemasukan Ke Unit Rawatan Rapi(Ya / Tidak)	
Jika Ya, Adakah Memerlukan Bantuan Pernafasan(Ya/Tidak)	

<b>Soalan Umum Sila tandakan (√) Pada Berkaitan</b>		
Adakah Bau Pelik Ini Telah Wujud Sebelum Ini?	Ya	Tidak
Gambarkan Bau Tidak Menyenangkan Tersebut? (Sepert Telur/ Najis/ Longkak Dan Sebagainya/ Tidak Pasti) : Rujuk Rajah 1		
Adakah Anda Terlihat Sebarang Asap	Ya	Tidak
Nyataka Warna Asap :		



<b>Adakah Anda Terhidu Bau Tidak Menyenangkan Selepas Anda Diberitahu Oleh Orang Lain</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
<b>Adakah Anda Tahu Orang Lain Jatuh Sakit Selepas Terhidu Bau Tersebut?</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
<b>Dimanakah Anda Berada Ketika Terhidu Bau Tersebut?</b>		
<b>Adakah Anda Terhidu Bau Yang Sama Di Tempat Lain</b>	<b>Ya</b>	<b>Tidak</b>
<b>Jika Ya, Nyatakan Tempat Tersebut (Contoh: Rumah, Kedai, Jalan Raya)</b>		
<b>Kepada Siapakah Anda Memaklumkan Apabila Terhidu Bau Tersebut?</b>	<b>Rakan / Jiran</b>	<b>Guru / Majikan</b>
	<b>Keluarga</b>	
	<b>Ketua Komuniti Lain-Lain :</b>	
<b>Catatan :</b>		



