

NADOPOD (NOTIFICATION OF ACCIDENT, DANGEROUS OCCURENCE, POISONING AND OCCUPATIONAL DISEASE)



Guidelines on Safety and Health (Notification of Accident,
Dangerous Occurrence, Occupational Poisoning
and Occupational Disease) Regulations 2004
[NADOPOD]

Department of Occupational Safety and Health
Ministry of Human Resources Malaysia

2004

APA ITU NADOPOD?

Sistem untuk Safety and Health Officer/ majikan sesebuah organisasi bagi melaporkan sebarang kemalangan/kejadian berbahaya, keracunan dan penyakit tempat kerja kepada pihak JKKP/DOSH secara sistematik.

N	Notification	Pemberitahuan, melaporkan sesuatu perkara
A	Accident	Kemalangan atau kecelakaan di tempat kerja (Putus jari tersepit pintu ambulance, femur fracture dihempap stroller pesakit)
DO	Dangerous Occurrence	Kejadian berbahaya di tempat kerja (Bumbung atap klinik runtuh kena ribut tanpa mangsa)
P	Poisoning	Keracunan bahan kimia atau bahan berbahaya di tempat kerja (CO poisoning dalam ambulance)
OD	Occupational Disease	Penyakit yang berlaku akibat dari persekitaran tempat kerja (TB, C-19, contact dermatitis, BRI, NIHL etc)

TUJUAN NADOPOD?

- Mengenalpasti punca kecelakaan/kemalangan
- Menentukan langkah pencegahan yang sesuai untuk mengelak kejadian yang sama berulang.
- Data bagi membuat analisis
- Mewujudkan plan strategik untuk membantu penguatkuasaan undang-undang.



BORANG-BORANG NADOPOD

JKKP 6	Kemalangan dan Kejadian berbahaya (Kemalangan yang mengakibatkan pekerja tidak dapat bekerja/MC selama lebih 4 hari OR death)
JKKP 7	Keracunan dan Penyakit tempat Kerja
JKKP 8	Daftar/register tahunan kemalangan, keracunan, penyakit bagi sesebuah organisasi
JKKP 9	Borang ini digunakan hanya bila Ketua Pengarah DOSH atau mana-mana pegawai DOSH memerlukan maklumat tambahan bagi sesuatu kecelakaan atau kemalangan sahaja.
JKKP 10	Borang ini digunakan hanya bila Ketua Pengarah DOSH atau mana-mana pegawai DOSH memerlukan maklumat tambahan bagi sesuatu kecelakaan atau kemalangan sahaja.

CONTOH DO (DANGEROUS OCCURENCE)

DANGEROUS OCCURRENCES WHICH ARE NOTIFIABLE WHEREVER THEY OCCUR

COLLAPSE OF SCAFFOLDING

1. A collapse or part collapse of any scaffold which is more than 5 metres high which results in a substantial part of the scaffold falling or overturning.

COLLAPSE OF A BUILDING OR STRUCTURE

2. At any building or structure under construction, reconstruction, alteration, or demolition, a collapse or partial collapse of any part of the building or structure, or of any falsework, except where the manner and extent of collapse or partial collapse was intentional.

ELECTRICAL SHORT CIRCUIT

3. Electrical short circuit or overloaded attended by fire or explosion which resulted in the stoppage of the plant involved for more than 24 hours and which, might have been liable to cause serious bodily injury to any person.

ESCAPE OF A SUBSTANCE

4. The uncontrolled release or escape of any substance or agent in circumstances which, might be liable to cause damage to health of, or serious injury to, any person.

EXPLOSION, FIRE OR FAILURE OF STRUCTURE

5. Explosion, fire or failure of structure affecting the safety or strength of any place of work or plant contained therein.

6. Any explosion or fire occurring in any place of work due to the ignition of processed material, their by-products or finished products which resulted in the stoppage or suspension of normal work in that place for more than 24 hours.

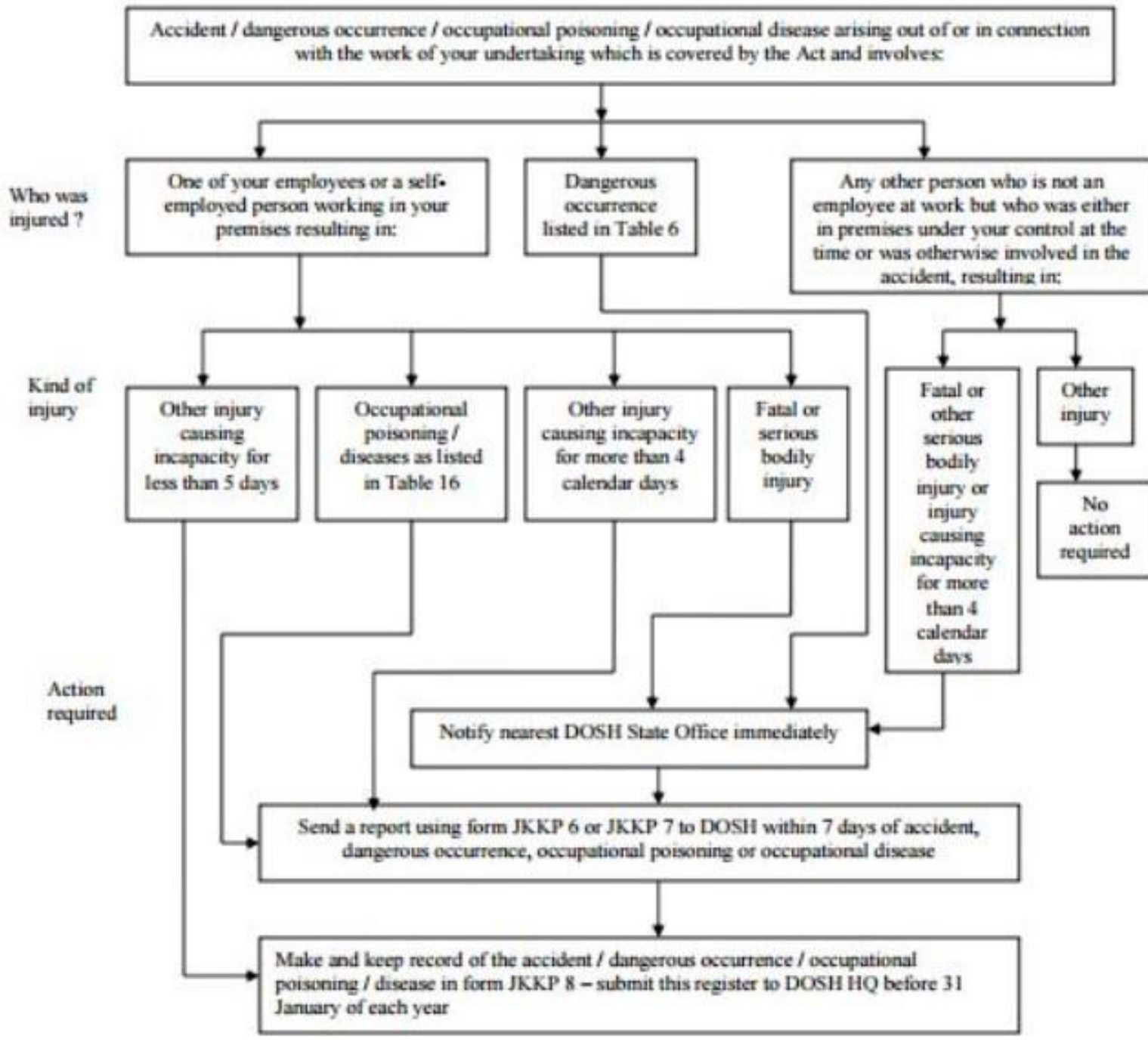
- Borang JKPP 6 -->DOSH sebelum 7 hari daripada hari kejadian tersebut berlaku. (tujuh hari bekerja)
- Borang haruslah dihantar kepada mana-mana cawangan DOSH terdekat

CONTOH KERACUNAN ATAU PENYAKIT TEMPAT KERJA

OCCUPATIONAL POISONING AND OCCUPATIONAL DISEASE

Column 1	Column 2
<i>Description of occupational poisoning or disease</i>	<i>Nature of activity/occupation</i>
POISONING	
1. Poisoning by:	
(a) Acrylamide monomer	Any activity.
(b) Alcohols, glycols, ketones or aldehydes	The use or handling of, or exposure to, the fumes or vapour of alcohols, glycols, ketones or aldehydes.
(c) Antimony	The use or handling of, or exposure to, the fumes, dust or vapour of antimony or a compound of antimony or a substance containing antimony.
(d) Arsenic	The use or handling of, or exposure to, the fumes, dust or vapour of arsenic or a compound of arsenic or a substance containing arsenic or exposure to any solution containing arsenic or a compound of arsenic.

- Contoh-contoh keracunan yang wajib dilaporkan bolehlah rujuk kembali OSHA 1994 (Regulation NADOPOD, Third Schedule, Regulation 7)
- Borang JKPP 7 -->DOSH sebelum 7 hari daripada hari kejadian tersebut berlaku. (tujuh hari bekerja)
- Borang haruslah dihantar kepada mana-mana cawangan DOSH terdekat



SIAPA YANG PERLU NADOPOD?

4.1. The notification and record keeping requirements of the Act 514 apply to all employers in the industrial sectors listed in the First Schedule of the Act. The industries are:-

1. Manufacturing
2. Mining and quarrying
3. Construction
4. Agriculture, forestry, and fishing

5. Utilities:

- (a) electricity;
- (b) gas;
- (c) water; and
- (d) sanitary services

6. Transport, storage and communication
7. Wholesale and retail trades
8. Hotels and restaurants
9. Finance, insurance, real estate and business services
10. **Public services** and statutory authorities

Jika ada pihak yang ingkar atas arahan peraturan ini, jika disabitkan kesalahan boleh dikenakan denda sebanyak tidak lebih RM 10 000 atau penjara selama satu tahun atau kedua-duanya sekali.

Accident or exposure resulting in injury or poisoning or disease

On employer's premises

Off employer's premises

Employee engaged in work-related activity

Employee present at the location as a condition of employment

Employee in travel status and engaged in work or travel function

Employee engaged in activity for own personal use or enjoyment

Employee engaged in work-related activity

Presumed work related

Not work related

WORK
RELATE
D OR
NOT?



NOTIFICATION OF OCCUPATIONAL LUNG DISEASE

Send to:
Pengarah Kesihatan Negeri
Jabatan Kesihatan Negeri _____

Part A - Detail of Notifier
(Regulation 7(2) Registered Medical Practitioner)

Name

Designation

Address of clinic/hospital

Contact no. _____

Part B - Affected person

Name

Date of birth _____ New IC/Passport no. _____
DD / MM / YY
Nationality _____ Gender Male Female
Ethnic group _____ Occupation _____
Name and address of organization

District _____ State _____
Location of incident _____

Part C - Occupational Lung Disease

Date of diagnosis _____
DD / MM / YY
Diagnosis/Provisional diagnosis _____

Part D

a) What kind of work did the patient do which may be associated with the disease?
(Describe the work activities)

b) What was the hazard or agent been exposed to the patient?

c) How long had the patient been exposed to the hazard or agent?

d) How long had the patient been experiencing the symptoms?

Signature of Notifier _____ Date _____
Name and address of attending doctor (Official Stamp) _____

1. Duration of symptoms _____ (by years, months or days)

2. Type of occupational lung disease

<input type="checkbox"/> Occupational asthma	<input type="checkbox"/> Lung cancer
<input type="checkbox"/> Inhalation incident	<input type="checkbox"/> Mesothelioma
<input type="checkbox"/> Hypersensitivity pneumonitis	<input type="checkbox"/> Non - malignant pleural disease
<input type="checkbox"/> Bronchitis/Emphysema	<input type="checkbox"/> Byssinosis
<input type="checkbox"/> Infectious diseases (e.g. TB)	<input type="checkbox"/> Building related respiratory illness
<input type="checkbox"/> Pneumoconiosis (incl. asbestosis, silicosis)	<input type="checkbox"/> Fibrotic lung disease
<input type="checkbox"/> Other occupational lung disease (please specify): _____	

Suspected causal agent: _____

3. Source of case

<input type="checkbox"/> Chest clinic	
<input type="checkbox"/> Occupational Health Clinic	
<input type="checkbox"/> Health Clinic (<i>Klinik Kesihatan</i>)	
<input type="checkbox"/> Other Specialist Clinic (please specify): _____	
<input type="checkbox"/> Others (please specify): _____	

4. Is patient a smoker?

<input type="checkbox"/> Current	<input type="checkbox"/> Ex-smoker	<input type="checkbox"/> Never smoked
----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------

5. Is patient atopic?

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
------------------------------	-----------------------------	---------------------------------

6. Relevant job(s)

Type of work/industry	Job title	Duration of employment (by years, months or days)

7. Outcome on _____ DD - _____ MM - _____ YY

<input type="checkbox"/> Still expose to the agent at the workplace but using personal protective equipment
<input type="checkbox"/> Still expose to the agent at the workplace but not using personal protective equipment
<input type="checkbox"/> Same place of work but no longer expose to agent
<input type="checkbox"/> Changed job/alternative employment
<input type="checkbox"/> Away from work due to illness
<input type="checkbox"/> Early retirement
<input type="checkbox"/> Unemployed

8. Existing control

<input type="checkbox"/> Engineering Control
<input type="checkbox"/> Standard Operating Procedure (SOP)
<input type="checkbox"/> Training/Education/Work Schedule/Rotation
<input type="checkbox"/> Personal Protective Equipment (PPE)
<input type="checkbox"/> Other (please specify) _____

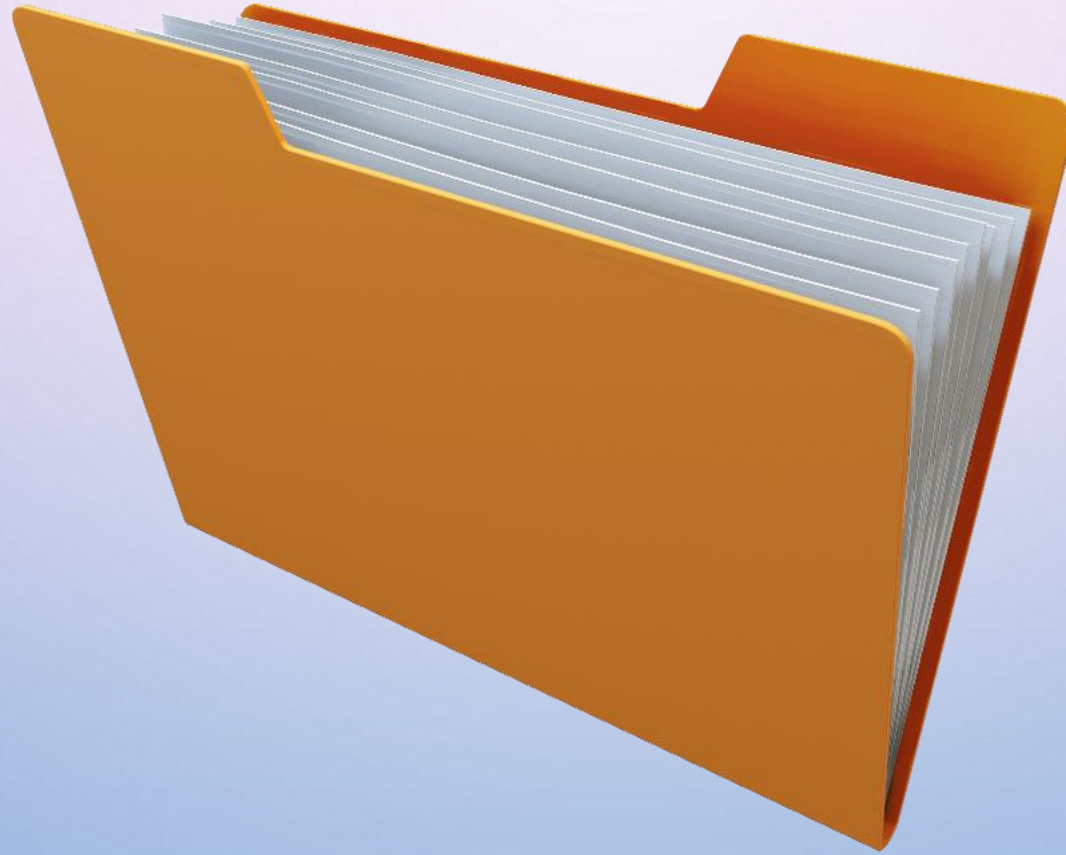
INFECTIONS

2. Anthrax	Any occupation involving the handling of wool, hair, bristle, hides or skins or other animal products or residues, or contact with animals infected with anthrax.
3. Glanders	Any occupation involving contact with equine animals or their carcasses.
4. Leptospirosis	Any occupation involving work in rat or other rodent infested places and any occupation involving the care or handling of dogs, cattle, swine and horses or any other infected animals.
5. Tuberculosis or leprosy	<p>Any occupation involving close or frequent contact with a source or sources of tuberculosis or leprosy infection by reason of employment—</p> <ul style="list-style-type: none">(a) in the medical treatment or nursing of a person or persons suffering from tuberculosis or leprosy or in a service ancillary to such treatment or nursing;(b) in attendance upon a person or persons suffering from tuberculosis or leprosy where the need for such attendance arises by reason of physical or mental infirmity;(c) as a research worker engaged in research in connection with tuberculosis or leprosy; or(d) as a laboratory worker, pathologist or post-mortem worker, where the occupation involves working with material which is a source of tuberculosis or leprosy infection or in any occupation ancillary to such employment.

PENGENDALIAN RETEN TIBI HCW SURVELAN



NOTIFIKASI PENYAKIT



NOTIFIKASI PENYAKIT

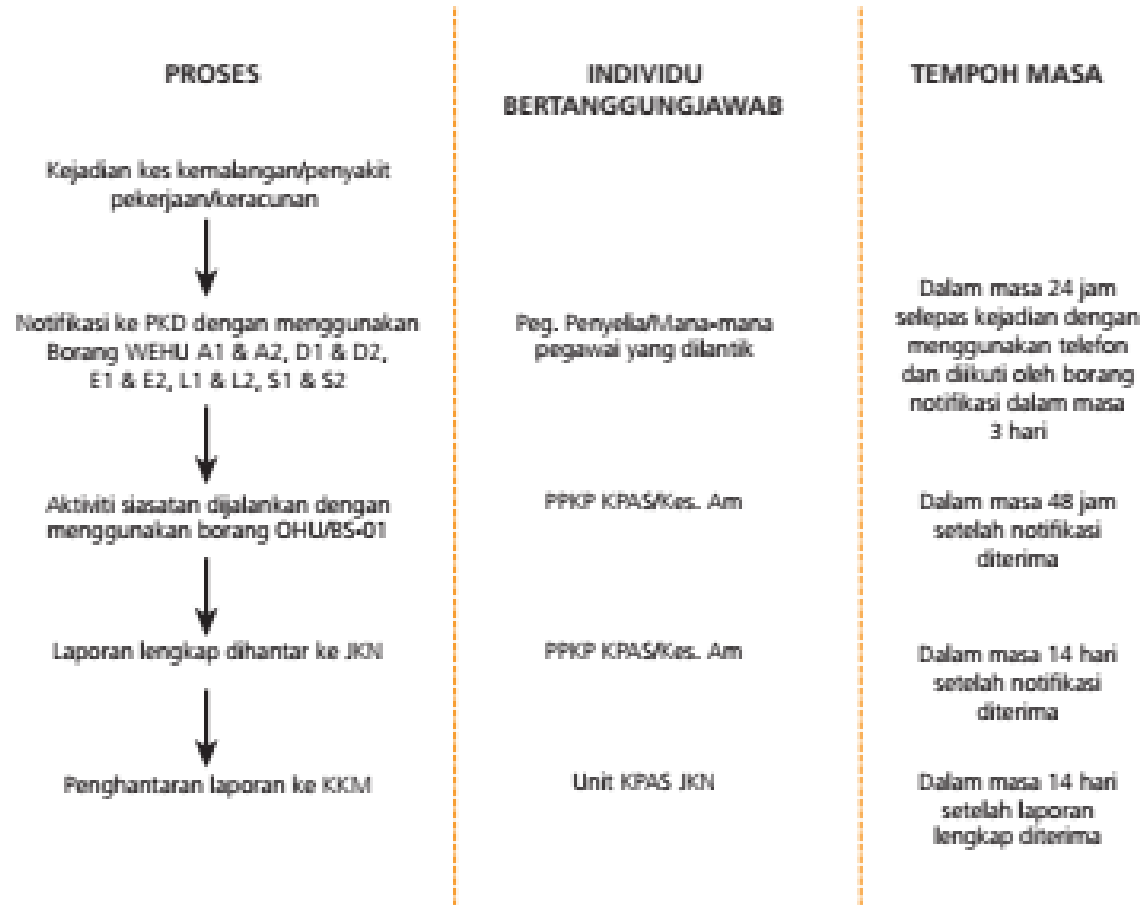
Borang/ Format	Tanggungjawab	Keterangan
Borang Notifikasi WEHU L1/L2, PL206 & TBIS 10A1	<u>Hospital</u> Pakar Perubatan/ Pegawai Perubatan di Klinik Pesakit Luar <u>Pejabat Kesihatan Daerah</u> Pakar Perubatan Keluarga/ Pegawai Perubatan Di Klinik Kesihatan	Sekiranya terdapat anggota yang didapati positif TB, pegawai perlu mengisi borang notifikasi dan dihantar ke Unit KPAS PKD/ Negeri

CARTA ALIR NOTIFIKASI TB



2. CARTA ALIR PROSES SIASATAN DUALANKAN

2.1 PERINGKAT PKD/KK/KD



SISTEM E-KPAS






WEHU L

← → ↻ ⚠ Not secure | jknj.moh.gov.my/ekpas/indexadmin.php

TARIKH : Sabtu , 24/07/2021 | NAMA PEGAWAI :SURIYA KUMARESWARAN VALLASAMY



MENU (PENTADBIR UTAMA)

NAMA PEGAWAI :SURIYA KUMARESWARAN VALLASAMY
PTJ : JKNJ - KESIHATAN AWAM

Laman Utama

Pendaftaran WEHU

- BORANG A
- BORANG S
- BORANG D
- BORANG E
- BORANG L
- SHARPS INJURY SURVEILLANCE(SIS)

Kemaskini/Cetakan

Laporan

- WEHU A
- WEHU S
- WEHU D
- WEHU E
- WEHU L
- SIS

Kawalan

Log Keluar

WEHU L1 WEHU L2

NOTIFICATION OF OCCUPATIONAL POISING/DISEASE

TARIKH NOTIFIKFASI : (Sila masukkan tarikh notifikasi)

Part A - Detail of Notifier (Regulation 7(2) Registered Medical Practitioner)

Name :

Designation :

Name and address of organization :

Contact no :

No Pendaftaran Profesional :

Part B - Affected person

Name :

New IC : (IC without '-')

Date Of Birth :

Age : years (Sistem akan membuat pengiraan secara automatik)

Passport No :

Nationality :

Gender :

Occupation :

Ethnic group :

Name and address of organization :

District :

State :

Location of incident :

Part C - Occupational Lung Disease

Date of diagnosis :



MENU (PENTADBIR UTAMA)

NAMA PEGAWAI :SURIYA KUMARESWARAN VALLASAMY
PTJ : JKNJ - KESIHATAN AWAM

Laman Utama

Pendaftaran WEHU

BORANG A

BORANG S

BORANG D

BORANG E

BORANG L

SHARPS INJURY SURVEILLANCE(SIS)

Kemaskini/Cetakan

Laporan

WEHU A

WEHU S

WEHU D

WEHU E

WEHU L

SIS

Kawalan

Log Keluar

TARIKH : Sabtu , 24/07/2021 || NAMA PEGAWAI :SURIYA KUMARESWARAN VALLASAMY

WEHU L1

WEHU L2

1. Duration of symptoms: (by years, months or days)

2. Type of occupational lung disease :

Suspected causal agent :

3. Source of case

4. Is patient a smoker?

5. Is patient atopic ?

6. Relevant job(s)

Type of work/ industry	Job title	Duration of employment
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

7. Outcome on : (DD-MM-YY)

- Still expose to the agent at the workplace but using personal protective equipment
- Still expose to the agent at the workplace but not using personal protective equipment
- Same place of work but no longer expose to agent
- Changed job / alternative employment
- Away from work due to illness
- Early retirement
- Unemployed

8. Existing control

- Engineering Control
- Standard Operating Procedure (SOP)
- Training / Education / Work Schedul / Rotation
- Prsonal Protective Equipment (PPE)
- Other (please specify) :



MENU (PENTADBIR UTAMA)

NAMA PEGAWAI :SURIYA KUMARESWARAN VALLASAMY
PTJ : JKNJ - KESIHATAN AWAM

Laman Utama

Pendaftaran WEHU

- BORANG A
- BORANG S
- BORANG D
- BORANG E
- BORANG L
- SHARPS INJURY SURVEILLANCE(SIS)

Kemaskini/Cetakan

- BORANG A
- BORANG S
- BORANG D
- BORANG E
- BORANG L
- SHARPS INJURY SURVEILLANCE

Laporan

- WEHU A
- WEHU S
- WEHU D
- WEHU E
- WEHU L
- SIS

Kawalan

Log Keluar

SENARAI PERMOHONAN BARU

Bil	Nama PTJ	No Rujukan	Nama Notifier	Nama Pemohon	MyKad/Passport	Status Permohonan	Catatan	Paparan	Cetak
1	HOSPITAL SULTANAH NORA ISMAIL	WL/19/09/0001		HON SHU ANN	900602016514/	Hantar semula ke PTJ/KK/KP	SILA LENGKAPKN DETAIL OF NOTIFIER		
2	HOSPITAL SULTANAH NORA ISMAIL	WL/19/09/0002		DR HON SHU ANN	900602016514/	Hantar semula ke PTJ/KK/KP	LENGKAPKAN WEHU L2		
3	HOSPITAL SULTANAH AMINAH JOHOR BAHRU	WL/20/09/001	VIGNESWARAN.N	PRISSCIA RISSCY JAPIRIS	930406126270/	Menunggu pengesahan dari PTJ	-		
4	PEJABAT KESIHATAN JOHOR BAHRU	WL/20/09/002		NUR SHAMIZA FATIHA BT MAT ROFI	920331035120/	Hantar semula ke PTJ/KK/KP	LENGKAPKAN DETAIL OF NOTIFIER DAN WEHU L2		
5	HOSPITAL SULTAN ISMAIL	WL/20/09/008	DR CHIN WEN SHIN	DR. SHARIFAH NOOR ADRILLA BT LONG MOHD NOOR AFFENDI	881114145084/	Selesai	-		
6	PEJABAT KESIHATAN PONTIAN	WL/20/09/009	NURLAILIN BT ABD WAHAB	NORSILAH BT SORADI	630121015492/	Selesai	-		
7	PEJABAT KESIHATAN KLUANG	WL/20/09/010	HASIAH BINTI HARIS	SUZILA BINTI MUHAMMAD	860126235754/	Selesai	-		
8	PEJABAT KESIHATAN KLUANG	WL/20/09/011	SITI NORHIDAYAH BINTI MOHD AZHAN	JUMILAH BINTI BASIR	630607715392/	Selesai	-		
9	HOSPITAL ENCHE' BESAR HAJJAH KHALSOM	WL/20/09/012	DR ISHAK BIN ALI	AMIRAH AYESHA BT AZMAN	920911015994/	Selesai	-		
10	HOSPITAL ENCHE' BESAR HAJJAH KHALSOM	WL/20/09/013	DR ISHAK BIN ALI	NORSHAWINA BT MISMAN	830124015750/	Selesai	-		
11	HOSPITAL ENCHE' BESAR HAJJAH KHALSOM	WL/20/09/014	DR ISHAK BIN ALI	KHAIRUL ANUAR KASNIN	840710016499/	Selesai	-		
12	HOSPITAL KOTA TINGGI	WL/20/09/015	KHAIRUN NISAK BT SAIRAN	WAN NOOR ANIS FARHANA BT ABDUL MANAF	910221-03-50/	Selesai	-		
13	HOSPITAL PAKAR SULTANAH FATIMAH, MUAR	WL/20/09/016	ROSHNI VAIRA GHOURI A/P MAHAINDRAN	KAMIL IRSYAD BIN YUSOFF	920308145647/	Selesai	-		
14	HOSPITAL PAKAR SULTANAH	WL/20/09/017	ROSHNI VAIRA GHOURI	HASTANTI BINTI SAMSUDDIN	920730126222/	Selesai	-		



EXTRA PULMONARY (WEHU D)

← → ↻ Not secure | jknj.moh.gov.my/ekpas/indexadmin.php

TARIKH : Sabtu , 24/07/2021 | NAMA PEGAWAI :SURIYA KUMARESWARAN VALLASAMY

MENU (PENTADBIR UTAMA)

NAMA PEGAWAI :SURIYA KUMARESWARAN VALLASAMY
PTJ : JKNJ - KESIHATAN AWAM

Laman Utama

Pendaftaran WEHU

- BORANG A
- BORANG S
- BORANG D
- BORANG E
- BORANG L
- SHARPS INJURY SURVEILLANCE(SIS)

Kemaskini/Cetakan

Laporan

Kawalan

Log Keluar

WEHU D1 WEHU D2

NOTIFICATION OF OCCUPATIONAL POISONING/DISEASE

Part A - Detail of Notifier (Regulation 7(2) Registered Medical Practitioner)

Name :

Designation :

Name and address of organization :

Contact no :

No. Pendaftaran Professional :

Part B - Affected person

Name :

New IC :

Date Of Birth :

Age : (Sistem akan membuat pengiraan secara automatik)

Passport No :

Nationality :

Gender :

Occupation :

Ethnic group :

Name and address of organization :

District :

State :

Location of incident :

Part C - Occupational Poisoning / Disease

Date of diagnosis :

Diagnosis/ Provisional diagnosis :

Swan :

TARIKH : Sabtu , 24/07/2021 | NAMA PEGAWAI :SURIYA KUMARESWARAN VALLASAMY

MENU (PENTADBIR UTAMA)

NAMA PEGAWAI :SURIYA KUMARESWARAN VALLASAMY
PTJ : JKNJ - KESIHATAN AWAM

Laman Utama

Pendaftaran WEHU

- BORANG A
- BORANG S
- BORANG D
- BORANG E
- BORANG L
- SHARPS INJURY SURVEILLANCE(SIS)

Kemaskini/Cetakan

Laporan

Kawalan

Log Keluar

WEHU D1 WEHU D2

1. Date of occurrence : (DD/MM/YY)

2. Time : (example:09:00 am)

3. Place of occurrence :

4. Name(s) of poisoning agent(s)

Trade name :

Active ingredient :

5. Type of poisoning

Pesticide : Proceed to Question 6

Chemical : Proceed to Question 7

6. If pesticide is the poisoning agent(s), please state type if known (Tick more than one if mixture is used)

Paraquat 2 - 4 - Dichlorophenoxyacetic Acid (2-4-D)

Glyphosate Pyrethroid

Organophosphate Warfarin

Carbamate Suprenvarfarin

Thiocarbamate Zinc phosphide

Organochlorine Unknown

Nitrophenol

7. If chemical is the poisoning agent(s), please state type if known (Tick more than one if mixture is used)

Therapeutic drugs (pharmaceutical)

Metals Other industrial chemical

Gases Household products (e.g. clorox)

Agrochemical (excluding pesticide) Kerosene

Solvents Unknown

8. Likely route (s) of poisoning (Tick more than one if mixture is used):

Oral

Dermal

Inhalation

Mixed

Others (please specify) :

9. Circumstances of poisoning



3.0. Sejarah Pendedahan

3.1 Pernahkan anggota terdedah kepada individu yang disahkan menghidap TB? :
 Ya Tiada Tidak pasti

3.1.1 Jika Ya, nyatakan hubungan dengan penghidap TB

- Ahli Keluarga
 Rakan sekerja
 Pesakit TB
 Lain-lain: Nyatakan _____

Jika ya, nyatakan tempoh pendedahan < 1 tahun
 1 tahun atau lebih

3.2 Jika ya, dimanakah pendedahan berlaku? Tempat kerja _____
 (Nyatakan: Wad, makmal, Klinik Dada dll)
 Di luar tempat kerja
 Tidak pasti

3.3 Sejarah Penyakit dan Status Kesihatan Pra Diagnosa Tibi (rujuk TBIS 10A1 Bhg. E), nyatakan jika ada:

.....

4.0 Penyiasatan Tempat Kerja

4.1 Nama dan alamat tempat kerja kes yang disiasat :

4.2 Pegawai Perantaraan yg ditemui :
 (Nama dan Jawatan)

4.3 No. telefon Pegawai Perantaraan :

A. Kawalan Pengurusan Tempat Kerja (Sila tandakan [/] di petak yang berkenaan)

Perkara	Ya	Tidak	Catatan
1) Terdapat Prosedur Kerja Selamat (Safe Operating Procedure) bagi aktiviti-aktiviti berikut :			Prosedur perlu mudah diakses atau dipamerkan
i. Pemeriksaan dan rawatan pesakit TB			
ii. Pengambilan dan pengendalian sampel kahak di klinik/wad			
iii. Pengendalian sampel kahak di makmal			
iv. Lain-lain prosedur (nyatakan)			
2a) Adakah program saringan TB untuk kakitangan baru (pre-placement assessment) dijalankan			
2b) Jenis ujian saringan yang dijalankan:			
i. Ujian Mantoux			
ii. X-ray Dada			
iii. Sapuan terus kahak AFB x 3			
3. Surveilans perubatan untuk penyakit TB			Sila nyatakan kekerapan ujian dijalankan
i. Ujian Mantoux			
ii. X-ray Dada			
iii. Sapuan terus kahak AFB x 3			
4. Latihan dan pendidikan di tempat kerja berkaitan penyakit TB (Nyatakan)			Sila nyatakan tarikh terakhir kursus dijalankan

B. Kawalan Persekitaran Tempat Kerja

Jabatan/Unit yang diperiksa : _____ Tarikh pemeriksaan : _____

Jenis Kawalan	Maintenance		'Performance Monitoring'		Catatan*
	Ada	Tiada	Ada (tarikh)	Tiada	
1. Pengudaraan semulajadi					
i. Tingkap terbuka					
ii. Bukaannya tetap					
2. Pengudaraan mekanikal					
i. 'Blower'					
ii. 'Exhaust fan'					
3. Penapis HEPA					
i. Bilik / Kawasan					
ii. Bilik / Kawasan					
4. UVGI					
i. Bilik / Kawasan					
ii. Bilik / Kawasan					

Jenis Kawalan	Maintenance		'Performance Monitoring'		Catatan*
	Ada	Tiada	Ada (tarikh)	Tiada	
5. Pengujian					
i. Tekanan Udara					
ii. Particle Count					
iii. Bacteria Count					

*Garis panduan mengisi ruang catatan, sila beri ulasan mengenai perkara-perkara berikut:

- i. Kesesuaian kawalan yang sedia ada
- ii. Aspek pemantauan sistem kawalan (adakah mencukupi?)
- iii. Cadangan pembaikan yang diperlukan

5.0 Penggunaan Alat Pelindung Diri (PPE)

5.1 Alat pelindung pernafasan dibekalkan :

Ya Tidak

5.2 Jenis peralatan yang dibekalkan

Jenis	Tugas/prosedur yang dijalankan	Sesuai	Tidak sesuai
Surgical masks			
N95 respirators			
Powered air purifying respirator (PAPR)			
Lain-lain (Nyatakan)			

5.3 Kekerapan penggunaan alat perlindungan pernafasan semasa mengendalikan pesakit TB

Sentiasa Kadang-kadang Tidak pernah

5.4 Stok Simpanan PPE

Ada Tiada

5.5 Pemberian latihan dan maklumat berkenaan alat perlindungan

5.5.1 Pemilihan Alat Perlindungan Pernafasan Ada Tiada

5.5.2 "Fit Test" Ada Tiada

5.5.3 Penggunaan Ada Tiada

5.5.4 Penyimpanan Ada Tiada

5.5.5 Pelupusan Ada Tiada

8.0 Ulasan Pegawai Atasan

8.1 Ulasan Ketua Unit/PPKP Kanan/PPP Kanan (Penyelia kepada Pegawai Penyiasat)

Nama & Jawatan

Tarikh

8.2 Ulasan Ketua Jabatan (Pegarah Hospital/Pegawai Kesihatan Daerah)

Nama & Jawatan

Tarikh

9.0 Ulasan Pegawai KPAS Negeri

Nama & Jawatan

Tarikh

8.0 Ulasan Pegawai Atasan

8.1 Ulasan Ketua Unit/PPKP Kanan/PPP Kanan (Penyelia kepada Pegawai Penyiasat)

① Pegawai hendaklah menjalani rawatan sehingga selesai

② Penempatan tempat tidur perlu dikaji balik seperti

③ Ventilasi diwujudkan yang bujukan tinggi; hendaklah dibersihkan dan dibilas.

④ Lung function test setelah selesai rawatan hendaklah diletakkan → pemerintah impurment (Excreted)

Tarikh

8.2 Ulasan Ketua Jabatan (Pegarah Hospital/Pegawai Kesihatan Daerah)

Pegawai berlepas di wad medikal.
Telah menjalani rawatan TB.
Cadangan penempatan bilik perlu dikaji dan dituntut lebih.

9.0 Ulasan Pegawai KPAS Negeri

Dipatu statuten lebih lanjut contact tracing
2) tindakan kawalan hazard perlu ditatalen.
3) CMC kecekapan dan penerangan singkat
4) bilangan dan lokasi bilik perlu ditatalen
lebih lanjut
5) penerangan pada jangkitan adalah 3
sikap yang lebih



KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA
DIRECTOR GENERAL OF HEALTH MALAYSIA

Kementerian Kesihatan Malaysia,
Arau 12, Blok E7, Kompleks E,
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 Putrajaya.

Tel. : 603-88832545
Faks : 603-88895542
Email : hasar@moh.gov.my

Ruj. Kami : (26) dlm.KKM-171/BKP/ 07/35/0519 Jld.4
Tarikh : 28 Februari 2012

Semua Pengarah Kesihatan Negeri
Semua Pengarah Hospital
Semua Pegawai Kesihatan Bahagian/Kawasan/Daerah

YBhg. Dato' / Datin / Tuan / Puan,

SURAT PEKELILING KETUA PENGARAH KESIHATAN BIL. 9/2012:
PROSES SARINGAN TiBi BAGI ANGGOTA KEMENTERIAN KESIHATAN

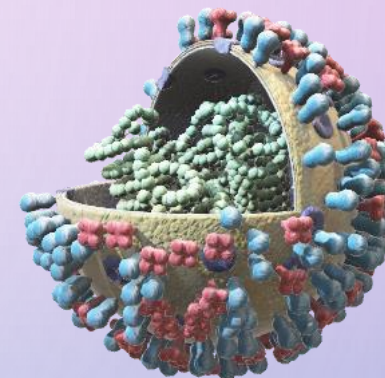
1. TUJUAN

Pekeliling ini adalah bertujuan untuk memaklumkan proses saringan TiBi bagi anggota Kementerian Kesihatan Malaysia yang berisiko tinggi mendapat penyakit tersebut. Proses saringan ini akan dilakukan di hospital dan klinik kesihatan di bawah Kementerian Kesihatan Malaysia seperti yang telah diperuntukan dalam Akta Keselamatan Pekerjaan 1994 yang menyatakan bahawa setiap majikan perlu menjaga keselamatan dan kesihatan pekerja mereka.

2. LATARBELAKANG

Penyakit Tuberkulosis (TiBi) adalah merupakan jangkitan kepada bakteria *Mycobacterium tuberculosis* yang mana ia akan menyerang organ manusia terutamanya paru-paru. Berdasarkan kepada pangkalan data TIBS didapati pada tahun 2010 kadar insiden bagi jangkitan penyakit TiBi di kalangan anggota kesihatan di Kementerian Kesihatan Malaysia semakin meningkat kepada 97.9 per 100,000 orang pekerja berbanding dengan tahun 2006 iaitu 65.7 per 100,000 orang pekerja. Perkembangan ini adalah satu petunjuk bahawa anggota kesihatan adalah lebih berisiko mendapat jangkitan penyakit ini disebabkan faktor persekitaran dan kegagalan mematuhi *Standard Operating Procedure* (SOP) yang telah ditetapkan semasa menjalankan tugas bagi memastikan keselamatan dan kesihatan mereka.

Kementerian Kesihatan Malaysia selaku majikan kepada pekerjanya mengambil tanggungjawab ini dan sangat prihatin terhadap kesihatan



4.2 Pemantauan proses saringan

- Pengarah Hospital dan Pengarah Kesihatan Daerah perlu menghantar reten saringan OHU TB 3a (*untuk Pra-Penempatan*), OHU TB 3b (*untuk Berkala*), OHU TB 3c (*pra-persaraan/pra-perpindahan keluar*) seperti dilampirkan kepada Pegawai Kesihatan Pekerjaan Dan Alam Sekitar (KPAS) Negeri pada **setiap bulan**. (Lampiran 2 (i), (ii) dan (iii))
- Pegawai KPAS Negeri perlu menghantar reten saringan OHU TB 4a (*untuk Pra-Penempatan*), OHU TB 4b (*untuk Berkala*), OHU TB 4c (*pra-persaraan/pra-perpindahan keluar*) seperti

3

dilampirkan kepada Ketua Penolong Pengarah, Unit Kesihatan Pekerjaan, Bahagian Kawalan Penyakit pada setiap enam (6) bulan. (Lampiran 3 (i), (ii) dan (iii))

RUMUSAN

LAPORAN BULANAN	LAPORAN SETENGAH TAHUN
Laporan Bulanan Pemeriksaan Pra-Penempatan Penyakit TB Kakitangan Kementerian Kesihatan (OHU TB 3a)	Laporan Setengah Tahun Pemeriksaan Pra-Penempatan Penyakit TB Bagi Kakitangan Kementerian Kesihatan (OHU TB 4a)
Laporan Bulanan Pemeriksaan Berkala (<i>Periodic Screening</i>) Penyakit TB Bagi Kakitangan Kementerian Kesihatan (OHU TB 3b)	Laporan Setengah Tahun Pemeriksaan Berkala (<i>Periodic Screening</i>) Penyakit TB Bagi Kakitangan Kementerian Kesihatan (OHU TB 4b)
Laporan Bulanan Pemeriksaan Pra Persaraan / Pra Perpindahan (<i>Pre Retirement / Pre Transfer</i>) Penyakit TB Bagi Kakitangan Kementerian Kesihatan (OHU TB 3c)	Laporan Setengah Tahun Pemeriksaan Pra Persaraan / Pra Perpindahan (<i>Pre Retirement / Pre Transfer</i>) Penyakit TB Bagi Kakitangan Kementerian Kesihatan (OHU TB 4c)

OHU TB 4B



LAMPIRAN 3 (ii)
OHU TB 4b

LAPORAN SETENGAH TAHUN PEMERIKSAAN BERKALA (PERIODIC SCREENING) PENYAKIT TB BAGI KAKITANGAN KEMENTERIAN KESIHATAN

Negeri: _____
Setengah tahun: Pertama/Kedua

Tahun: _____

Fasiliti	Kategori jawatan	Pegawai Perubatan		Pegawai Farmasi		Pen. Peg. Farmasi		Jururawat/ Jururawat Masyarakat		Pen. Peg. Perubatan		Pegawai Sains (Kaji kuman)		JTMIP		Pemb. Perawatan Kesihatan /Alendan	
		Bi +ve	Bi Rx	Bi +ve	Bi Rx	Bi +ve	Bi Rx	Bi +ve	Bi Rx	Bi +ve	Bi Rx	Bi +ve	Bi Rx	Bi +ve	Bi Rx	Bi +ve	Bi Rx
HOSPITAL	Wad medikal																
	Wad respiratori																
	Klinik dada																
	Makmal																
	Klinik pesakit luar																
	Lain-lain																
	JUMLAH																
Klinik Kesihatan	Klinik pesakit luar																
	Makmal																
	Lain-lain																
	JUMLAH																
JUMLAH BESAR																	

	Hospital	Klinik Kesihatan	JUMLAH
Jumlah positif			
Jumlah negatif			
Jumlah kakitangan di periksa			

* Pegawai KPAS Negeri perlu menghantar relan kepada Ketua Pendaftar Pengarah, Unit Kesihatan Pekerjaan, Bahagian Kawalan Penyakit pada atau sebelum 14 Februari setiap 6 bulan

Nota:

Jumlah positif = jumlah kes disahkan menghidapi TtB
 Jumlah negatif = semua kes yang keputusan mantoux >15mm didapati tidak menghidapi TtB
 Jumlah kakitangan di periksa = jumlah semua kes yang disaring

The image features a light gray gradient background. In the top-left and bottom-right corners, there are several realistic water droplets of various sizes, rendered with soft shadows and highlights to give them a three-dimensional appearance. The text "THANK YOU" is centered in the middle of the page.

THANK YOU