

# TUBERCULOSIS

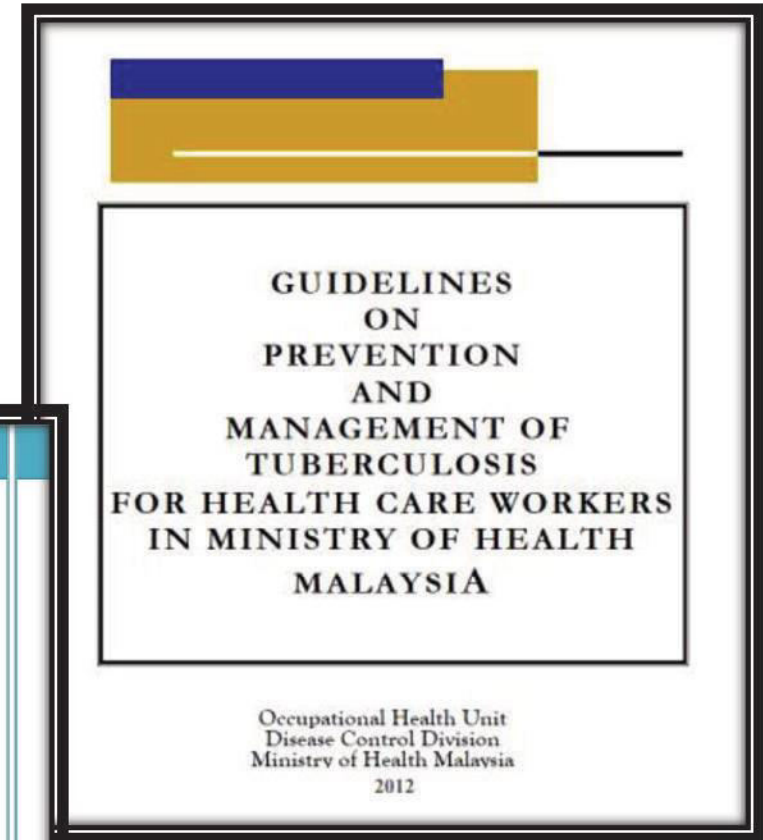
TB HCW

Unit kesihatan Pekerjaan dan Alam Sekitar  
Jabatan Kesihatan Negeri Johor



# PROGRAM SARINGAN

- Guidelines on Prevention & Management of Tuberculosis for HCWs in MOH, Malaysia
- Tatacara Pelaksanaan Pekeliling Ketua Pengarah Kesihatan Bil.9/2012: Proses Saringan TB Bagi Anggota Kementerian Kesihatan Malaysia



---

# TUJUAN PELAKSANAAN

Menjalankan saringan TiBi bagi anggota Kementerian Kesihatan dari kumpulan berisiko tinggi dan bertugas di tempat berisiko tinggi kepada semua fasiliti kesihatan selaras dengan Surat Pekeliling KPK Bil.9/2012: Proses Saringan TiBi Bagi Anggota Kementerian Kesihatan bertarikh 28 Februari 2012.

---

# **PELAKSANAAN KEPADA SIAPA?**

**Kumpulan Berisiko Tinggi (KBT) adalah kumpulan anggota kesihatan yang telah dikenalpasti berpotensi besar mendapat jangkitan TiBi. Kumpulan tersebut adalah:-**

- i. Pegawai Perubatan**
- ii. Pegawai Farmasi**
- iii. Penolong Pegawai Farmasi**
- iv. Jururawat/ Jururawat Masyarakat**
- v. Penolong Pegawai Perubatan**
- vi. Pegawai Sains (Kaji Kuman)**
- vii. Juruteknologi Makmal Perubatan**
- viii. Pembantu Perawatan Kesihatan / Atendan Kesihatan**

---

# PELAKSANAAN KEPADA MEREKA YANG BERTUGAS DI MANA?

Tempat Berisiko Tinggi (TBT) adalah tempat bekerja yang telah dikenal pasti untuk anggota kesihatan berisiko mendapat jangkitan TiBi. Kawasan tersebut adalah :-

- i. Bilik Isolasi
- ii. Bilik Rawatan
- iii. Fasiliti Jagaan Pesakit HIV
- iv. Immunocompromised patient care areas
- v. Klinik & Wad pesakit TiBi
- vi. Unit Rawatan Rapi yang mengendalikan pesakit TiBi
- vii. Bilik Sputum Induction
- viii. Bilik Bronkoskopi
- ix. Dewan Bedah
- x. Unit Kemalangan & Kecemasan
- xi. Jabatan Pesakit Luar
- xii. Makmal
- xiii. Jabatan Radiologi

---

# JENIS-JENIS UJIAN

- **Saringan Bergejala**
  - Batuk berpanjangan hingga lebih 10 hari
  - Batuk dengan kahak yang berdarah
  - Hilang selera makan
  - Penurunan berat badan
  - Demam
  - Berpeluh malam, sakit dada
  - Status imunisasi (status vaksinasi BCG)
  - Sejarah perubatan lalu kerana jangkitan atau rawatan TB
  - Pemeriksaan fizikal am rutin
- **Tuberculin Skin Test (TST)**
- **Interferon Gama Release Assay (IGRA) when recommended by Chest**
- **X-ray dada** (jika xray telah dijalankan dalam tempoh masa 6 bulan, radiografi tidak perlu dilakukan, laporan radiografi yang telah dibuat hendaklah diserahkan pada klinik dada, untuk melengkapkan prosedur)

---

# **TATACARA PELAKSANAAN**

**Terdapat tiga (3) jenis saringan yang perlu dilakukan oleh fasiliti kepada anggota kesihatan kumpulan berisiko tinggi serta bekerja ditempat berisiko tinggi. Ketiga-tiga jenis saringan tersebut adalah:-**

**I. Saringan Pra Penempatan untuk anggota yang baru dilantik**

**II. Saringan Berkala (periodic) bagi anggota yang sedang berkhidmat**

**III. Saringan Pra Persaraan / Pra Perpindahan yang dijalankan kepada anggota kesihatan yang berisiko tinggi yang akan bersara atau telah diarahkan berpindah keluar daripada tempat kerja berisiko tinggi.**

---

# **SARINGAN PRA PENEMPATAN ANGGOTA YANG BARU DILANTIK**

- I. Semua anggota kesihatan yang baru dilantik dan pertama kali melapor diri serta tidak pernah melakukan ujian saringan TiBi perlu menjalani ujian saringan dalam tempoh masa 2 minggu selepas melaporkan diri.**
- II. Anggota menjalani ujian Mantoux di tempat yang ditetapkan seperti di hospital @ klinik kesihatan yang berdekatan**
- III. Berdasarkan kepada keputusan Ujian Mantoux :-**
  - a. Jika ujian Mantoux LEBIH DARIPADA 15mm : anggota berkenaan perlu menjalani X-ray dada**
  - b. Jika ujian Mantoux KURANG DARIPADA 15 mm: proses saringan tamat dan anggota tersebut boleh melapor diri dan memulakan tugas mereka.**

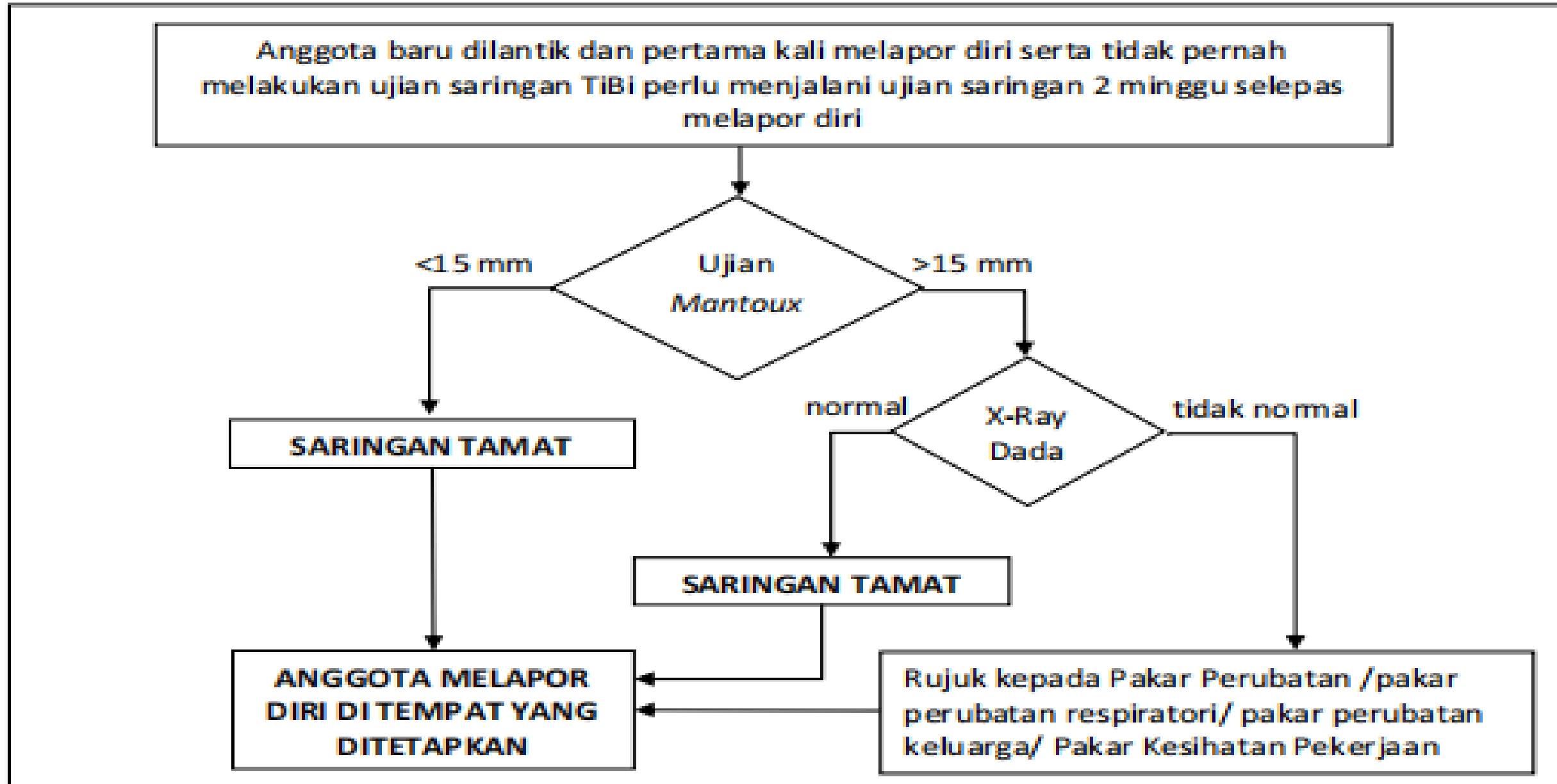


---

# **SARINGAN PRA PENEMPATAN ANGGOTA YANG BARU DILANTIK**

- IV. Berdasarkan kepada keputusan X-ray dada :-**
  - a. Jika ujian X-ray TIDAK NORMAL: anggota kesihatan mesti di rujuk kepada pakar perubatan/pakar perubatan respiratori/ pakar perubatan keluarga untuk pemeriksaan lanjut. Pakar akan menentukan tahap kesihatan anggota dan Pakar Kesihatan Pekerjaan memberikan cadangan penempatan**
  - d. Jika ujian X-ray NORMAL: proses saringan tamat dan anggota berkenaan boleh melapor diri di tempat yang ditetapkan**
- V. Mana-mana anggota yang keputusan ujian Mantoux mereka LEBIH DARIPADA 15mm dan jika mempunyai simptom jangkitan pada bila-bila masa, perlu mendapatkan rawatan dengan segera.**

## CARTA ALIR PROSES SARINGAN TIBI PRA-PENEMPATAN BAGI ANGGOTA BARU DILANTIK

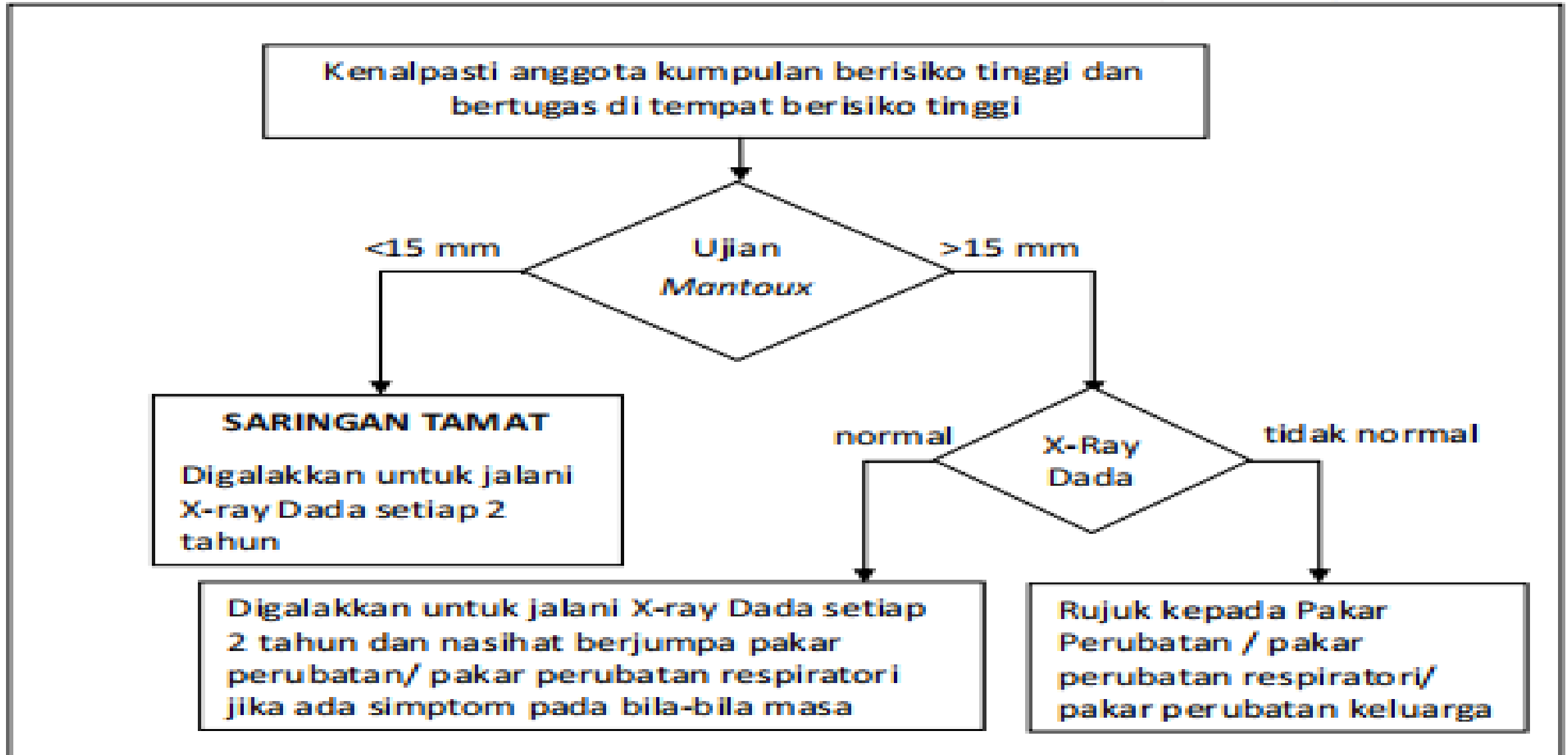


---

# **SARINGAN TIBI BERKALA (PERIODIC) BAGI ANGGOTA KKM**

- I. Kenalpasti anggota dari Kumpulan Berisiko Tinggi dan bertugas di tempat kerja berisiko tinggi.**
- II. Anggota menjalani ujian Mantoux di tempat yang ditetapkan seperti di hospital @ klinik kesihatan yang berdekatan**
- III. Berdasarkan kepada keputusan Ujian Mantoux :-**
  - a. Jika ujian Mantoux LEBIH DARIPADA 15mm : anggota berkenaan perlu menjalani X-ray dada**
  - b. Jika ujian Mantoux KURANG DARIPADA 15 mm: proses saringan tamat dan anggota tersebut digalakkan untuk menjalani X-ray dada setiap 2 tahun sekali**
- IV. Berdasarkan kepada keputusan X-ray dada :-**
  - a. Jika ujian X-ray TIDAK NORMAL: anggota kesihatan mesti dirujuk kepada pakar perubatan/pakar perubatan respiratori/ pakar perubatan keluarga untuk pemeriksaan lanjut**
  - b. Jika ujian X-ray NORMAL: anggota berkenaan tidak perlu berjumpa pakar, mereka hanya diberikan nasihat untuk berjumpa pakar pada bila-bila masa jika terdapat simptom jangkitan.**

## CARTA ALIR PROSES PROSES SARINGAN TIBI BERKALA (PERIODIC)

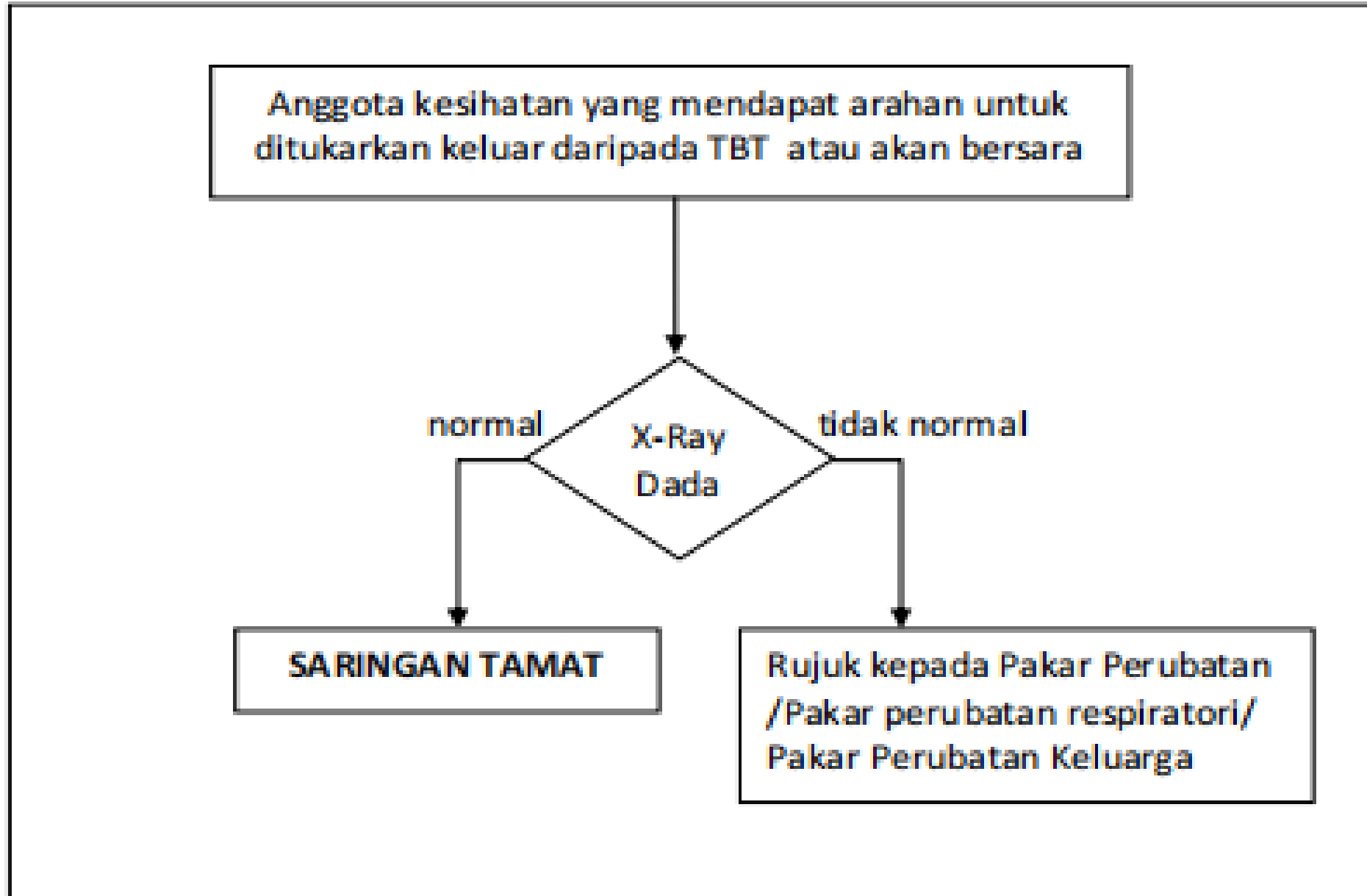


---

# **TATACARA PROSES SARINGAN PRA PERSARAAN / PRA PERPINDAHAN BAGI PEMERIKSAAN ANGGOTA KESIHATAN**

- I. Semua anggota kesihatan yang mendapat arahan untuk ditukarkan keluar daripada TBT atau akan bersara diwajibkan menjalani ujian X-ray bagi mengetahui status kesihatan mereka. Bagi anggota bersara wajib/ pilihan , ujian perlu dijalankan sekurang-kurangnya 6 bulan sebelum tarikh persaraan mereka.**
- II. Berdasarkan kepada keputusan X-ray dada**
  - a. Jika ujian X-ray TIDAK NORMAL: anggota kesihatan mesti di rujuk kepada pakar perubatan/pakar perubatan respiratori/pakar perubatan keluarga untuk pemeriksaan lanjut.**
  - b. Jika ujian X-ray NORMAL: proses saringan tamat**

## CARTA ALIR PROSES SARINGAN TIBI BAGI ANGGOTA PRA PERSARAAN / PRA PERPINDAHAN



---

# PEMANTAUAN/ RETEN

Setiap maklumat anggota kesihatan yang telah disaring akan di simpan dan dikendalikan oleh pegawai yang telah dinyatakan seperti dalam *Guidelines on Prevention and Management of Tuberculosis for Health Care Workers in Ministry of Health, Malaysia* yang telah di keluarkan oleh Unit Kesihatan Pekerjaan, Bahagian Kawalan Penyakit pada tahun 2012.

# PEMANTAUAN / RETEN

Borang/ Format/ Reten	Tanggungjawab	Keterangan
<b>1. SARINGAN ANGGOTA YANG BARU DILANTIK / PRA PENEMPATAN</b>		
Format Pemeriksaan Kesehatan Pra penempatan Anggota Kementerian Kesehatan (OHU TB-1)	<p><u>Hospital</u></p> <p>Pakar Perubatan/ Pegawai Perubatan di Klinik Pesakit Luar</p> <p><u>Pejabat Kesihatan Daerah</u></p> <p>Pakar Perubatan Keluarga/ Pegawai Perubatan Di Klinik Kesihatan</p>	Format ini hendaklah diisi dan disimpan di Klinik Dada dan Klinik Kesihatan

OHU TB-1



## FORMAT PEMERIKSAAN KESIHATAN PRA PENEMPATAN

### ANGGOTA KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

#### 1.0 Data Peribadi Kakitangan

1.1 Nama kakitangan : .....

1.2 No. kad pengenalan: .....

1.3 Jantina Lelaki  Perempuan

1.4 Bangsa Melayu  Cina  India  Lain-lain

1.5 Alamat tempat tinggal sekarang : .....

1.6 No. telefon : .....

1.7 Jawatan : .....

1.8 Alamat tempat kerja sekarang : .....

2.0 Vaksinasi BCG: Ya/Tidak. Jika ya, nyatakan tarikh.....

3.0 Sejarah penyakit TB: Ya/Tidak. Jika ya, nyatakan tarikh.....

3.1 Hasil rawatan: Sembuh/semputa rawatan/ terhenti rawatan/ gagal rawatan

#### 4.0 Tanda dan gejala penyakit TB

	YA	TIDAK		YA	TIDAK
Batuk > 2 minggu			Berpeluh malam		
Demam			Sakit dada		
Susut berat badan			Lelah lesu		
Kurang selera makan			Lain-lain		

#### 5.0 Ujian

MANTOUX		X-RAY DADA		UJIAN KAHAK			Berat Badan (Kg)
Tarikh	Keputusan (mm)	Tarikh	Keputusan	Tarikh	Keputusan Mikroskopi	Keputusan Kultur	Keputusan Ujian Sensitiviti

.....  
(Tandatangan & Cop Rasmi)

Tarikh:

Nama Doktor :

No. Pendaftaran MMC:

Alamat Tempat Kerja:

No. Telefon:



# PEMANTAUAN / RETEN

OHU TB 3a

## LAPORAN BULANAN PEMERIKSAAN PRA-PENEMPATAN PENYAKIT TB BAGI KAKITANGAN KEMENTERIAN KESIHATAN

Hospital / Pejabat Kesihatan Daerah: \_\_\_\_\_  
Bulan : \_\_\_\_\_

Tahun: \_\_\_\_\_

Borang/ Format/ Reten	Tanggungjawab	Keterangan
<b>1. SARINGAN ANGGOTA YANG BARU DILANTIK / PRA PENEMPATAN</b>		
Laporan Bulanan Pemeriksaan pra-penempatan Penyakit TB Kakitangan Kementerian Kesihatan (OHU TB 3a)	<u>Hospital</u> Pakar Perubatan/ Pegawai Perubatan di Klinik Pesakit Luar  <u>Pejabat Kesihatan Daerah</u> Pakar Perubatan Keluarga/ Pegawai Perubatan Di Klinik Kesihatan	Laporan Bulanan perlu dihantar <b>pada / sebelum 14hb bulan</b> yang berikutnya kepada Pegawai Kesihatan Pekerjaan & Alam Sekitar (KPAS) di Jabatan Kesihatan Negeri masing-masing

Unit/Wad	Kategori jawatan		Pegawai Perubatan		Pegawai Farmasi		Pen. Peg. Farmasi		Jururawal Jururawal Masyarakat		Pen. Peg. Perubatan		Pegawai Sains (Kaji kuman)		JTMP		Pemb. Perawatan Kesihatan /Atendan		
	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	BI +ve	BI Rx	
<b>JUMLAH</b>																			

Jumlah positif	
Jumlah negatif	
Jumlah kakitangan di periksa	

*Tempat bertugas bersiko untuk saringan pra-penempatan TB	
Hospital:	Wad perubatan, wad respiratori, klinik dada, makmal, klinik pesakit luar
Klinik kesihatan:	Klinik pesakit luar, makmal

\*Pengarah Hospital dan Pegawai Kesihatan Daerah perlu menghantar reten kepada Pegawai KPAS Negeri pada atau sebelum 7 haribulan setiap bulan yang berikutnya.

<b>Nota:</b>	
Jumlah positif	= jumlah kes disahkan menghadapi TtBI
Jumlah negatif	= semua kes yang keputusan mantoux > 15mm didapati tidak menghadapi TtBI
Jumlah kakitangan di periksa	= jumlah semua kes yang disaring

# PEMANTAUAN / RETEN

OHU TB 4a

## LAPORAN SETENGAH TAHUN PEMERIKSAAN PRA-PENEMPATAN PENYAKIT TB BAGI KAKITANGAN KEMENTERIAN KESIHATAN

Negeri: \_\_\_\_\_  
Setengah tahun: Pertama/Kedua

Tahun: \_\_\_\_\_

Borang/ Format/ Reten	Tanggungjawab	Keterangan
<b>1. SARINGAN ANGGOTA YANG BARU DILANTIK / PRA PENEMPATAN</b>		
Laporan Setengah Tahun Pemeriksaan Pra-Penempatan Penyakit TB Bagi Kakitangan Kementerian Kesihatan (OHU TB 4a)	Pegawai Kesihatan Pekerjaan & Alam Sekitar (KPAS) Negeri	Laporan Setengah Tahun perlu dihantar kepada Ketua Penolong Pengarah Kanan, Unit Kesihatan Pekerjaan, Bahagian Kawalan Penyakit, KKM pada/ sebelum 14 Jun & 14 Januari tahun berikutnya

Fasiliti	Kategori jawatan	Pegawai Pembetulan		Pegawai Farmasi		Pen. Peg. Farmasi		Juruwah/ Juruwah t. Masyarakat		Pen. Peg. Pembetulan		Pegawai Sains (Kaji kuman)		JTMP		Pemb. Perawatan Kesihatan /Atendan	
		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																
<b>JUMLAH BESAR</b>																	

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

\* Pegawai KPAS Negeri perlu menghantar retensi kepada Ketua Penolong Pengarah, Unit Kesihatan Pekerjaan, Bahagian Kawalan Penyakit pada/ sebelum 14 hari/bulan setiap 6 bulan

**Nota:**

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





# PEMANTAUAN / RETEN

OHU TB 4b

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

Negeri: \_\_\_\_\_  
Setengah tahun: Pertama/Kedua

Tahun: \_\_\_\_\_

### 2. SARINGAN BERKALA ANGGOTA KESIHATAN YANG SEDANG BERKHIDMAT

Borang/ Format/ Reten

Tanggungjawab

Keterangan

Laporan Setengah Tahun Pemeriksaan Berkala (*Periodic Screening*) Penyakit TB Bagi Kakitangan Kementerian Kesihatan (OHU TB 4b)

Pegawai Kesihatan Pekerja & Alam Sekitar Negeri

Laporan Setengah Tahun perlu dihantar kepada Ketua Penolong Pengarah Kanan, Unit Kesihatan Pekerja, Bahagian Kawalan Penyakit, KKM pada/ sebelum 14 Jun & 14 Januari tahun berikutnya

Fasiliti	Kategori jawatan	Pegawai Perubatan		Pegawai Farmasi		Pen. Reg. Farmasi		Jururawal/ Jururawat Masyarakat		Pen. Reg. Perubatan		Pegawai Sains (Kaji Numan)		JTMP		Pemb. Perawatan Kesihatan /Atendan	
		BI +ve	BI R x	BI +ve	BI R x	BI +ve	BI R x	BI +ve	BI R x	BI +ve	BI R x	BI +ve	BI R x	BI +ve	BI R x	BI +ve	BI R x
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 KRAS Negeri perlu menghantar retensi kepada Ketua Penolong Pengarah, Unit Kesihatan Pekerja, Bahagian Kawalan Penyakit pada atau sebelum 14 hari bulan setiap 6 bulan

#### Nota:

Jumlah positif = jumlah kes disahkan menghidapi TIBI

Jumlah negatif = semua kes yang keputusan mantoux >15mm didapati tidak menghidapi TIBI

Jumlah kakitangan di periksa = jumlah semua kes yang disaring



# PEMANTAUAN / RETEN

OHU TB 4c

## LAPORAN SETENGAH TAHUN PEMERIKSAAN PRA PERSARAAN / PRA PERPINDAHAN (PRE RETIREMENT / PRE TRANSFER) PENYAKIT TB BAGI KAKITANGAN KEMENTERIAN KESIHATAN

Negeri: \_\_\_\_\_

Setengah tahun: Pertama/Kedua/Ketiga/Keempat

Tahun: \_\_\_\_\_

3. SARINGAN TIBI BAGI PEMERIKSAAN ANGGOTA KESIHATAN PRA PERSARAAN / PRA PERPINDAHAN		
Laporan Setengah Tahun Pemeriksaan Pra Persaraan / Pra Perpindahan (Pre Retirement/ Pre Transfer) Penyakit TB Bagi Kakitangan Kementerian Kesihatan (OHU TB 4c)	Pegawai Kesihatan Pekerjaan & Alam Sekitar Negeri	Laporan Setengah Tahun perlu dihantar kepada Ketua Penolong Pengarah Kanan, Unit Kesihatan Pekerjaan, Bahagian Kawalan Penyakit, KKM pada/ sebelum 14 Jun & 14 Januari tahun berikutnya

Fasiliti	Kategori jawatan	Pegawai Perubatan		Pegawai Farmasi		Pen. Peg. Farmasi		Jurawat/ Jurawat Masyarakat		Pen. Peg. Perubatan		Pegawai Sains (Kaji kuman)		JTMP		Pemb. Perawatan Kesihatan /Atendan	
		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 KPPAS Negeri perlu menghantar rele n kepada Ketua Penolong Pengarah, Unit Kesihatan Pekerjaan, Bahagian Kawalan Penyakit pada atau sebelum 14 hari bulan setiap 6 bulan

**Nota:**

Jumlah positif = jumlah kes disahkan menghadapi TIBi

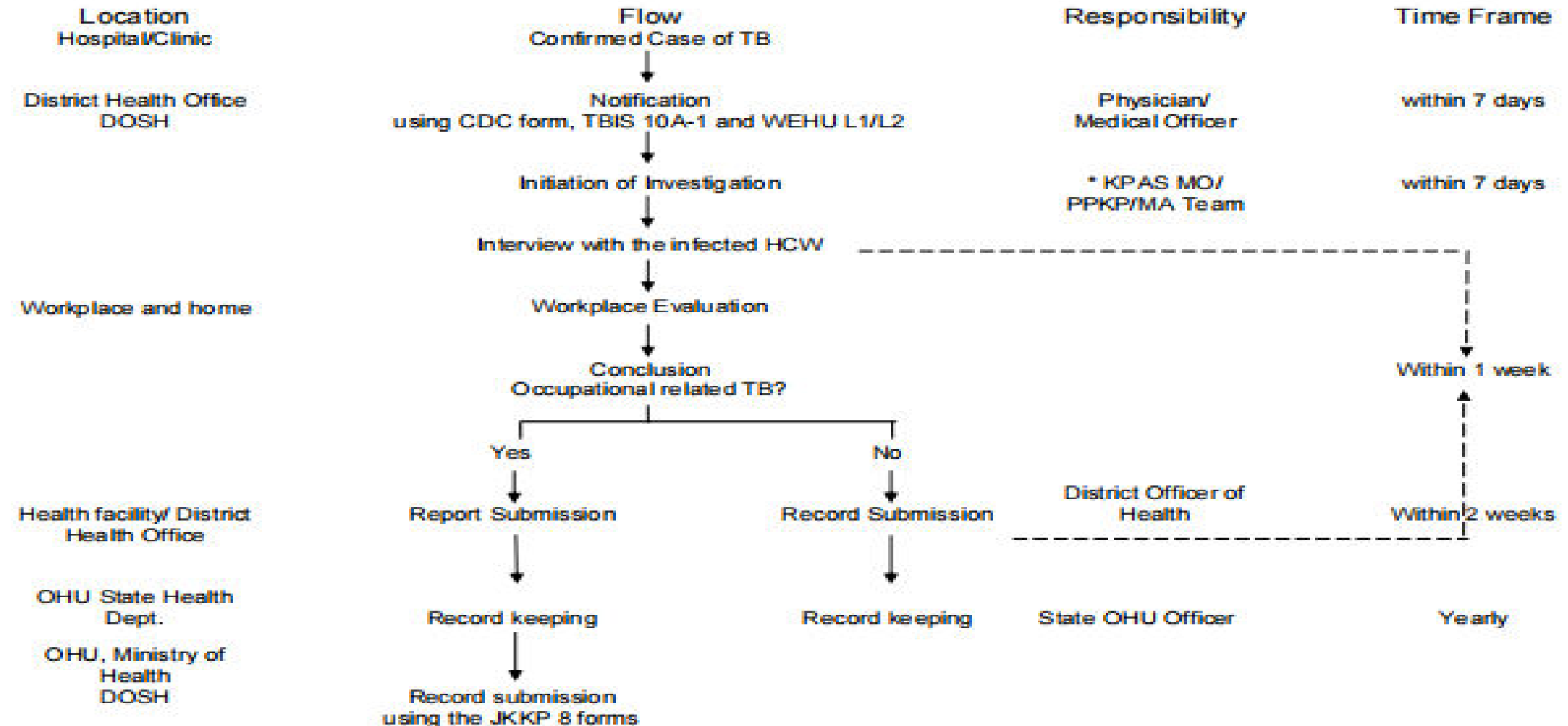
Jumlah negatif = semua kes yang keputusan mantoux >15mm didapati tidak menghadapi TIBi

Jumlah kakitangan di periksa = jumlah semua kes yang disaring

# NOTIFIKASI KES TB

Appendix 18

## Flow Process of Notification and Reporting of TB Cases Among Health Care Workers



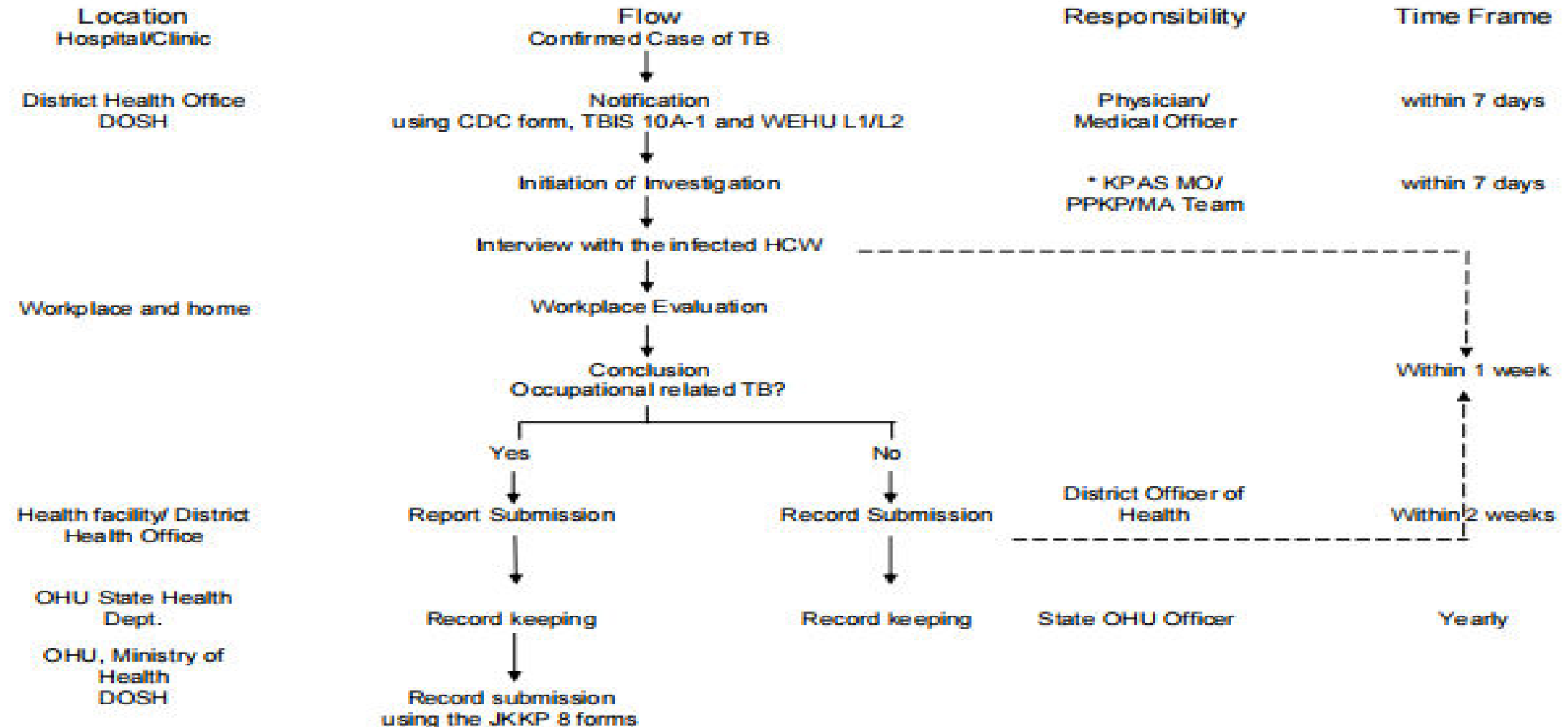
\*Team under supervision of KPAS officer. Consists of, but not limited to, KPAS officer, MO trained in OH, OH Nurse, PPKP and



# NOTIFIKASI KES TB

Appendix 18

## Flow Process of Notification and Reporting of TB Cases Among Health Care Workers



\*Team under supervision of KPAS officer. Consists of, but not limited to, KPAS officer, MO trained in OH, OH Nurse, PPKP and

# NOTIFIKASI KES TB

## NOTIFICATION OF OCCUPATIONAL LUNG DISEASE

WEHU - I.1  
(JKKP 7)

Send to:  
Pangarah Kesehatan Negeri  
Jabatan Kesehatan Negeri \_\_\_\_\_

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

Name \_\_\_\_\_  
Designation \_\_\_\_\_  
Address of clinic / hospital \_\_\_\_\_  
Contact no. \_\_\_\_\_

### Part B - Affected person

Name \_\_\_\_\_  
Date of Birth: DD / MM / YY \_\_\_\_\_ New IC/ Passport no. \_\_\_\_\_  
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

- What kind of work did the patient do which may be associated with the disease?  
(Describe the work activities)
- What was the hazard or agent been exposed to the patient?
- How long had the patient been exposed to the hazard or agent?
- How long had the patient been experiencing the symptoms?

Signature of Notifier \_\_\_\_\_  
Date \_\_\_\_\_

Name and address of attending doctor (Official Stamp)

WEHU - I.2

- Duration of symptoms \_\_\_\_\_ (by years, months or days)
- 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 : \_\_\_\_\_
- Source of case
 

<input type="checkbox"/> Chest clinic	
<input type="checkbox"/> Occupational Health Clinic	
<input type="checkbox"/> Health Clinic (Klinik Kesehatan)	
<input type="checkbox"/> Other Specialist Clinic (please specify) : _____	
<input type="checkbox"/> Others (please specify) : _____	
- Is patient a smoker ?
 

<input type="checkbox"/> Current	<input type="checkbox"/> Ex-smoker	<input type="checkbox"/> Never smoked
----------------------------------	------------------------------------	---------------------------------------
- Is patient atopic ?
 

<input type="checkbox"/> Yes	<input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Unsure
------------------------------	-----------------------------	---------------------------------
- Relevant job(s)
 

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



# SIASATAN KES TB

2.3 Senarai tempat kerja pesakit (termasuk lawatan ke tempat berisiko jangkitan) dalam tempoh 3 bulan sebelum timbul gejala-gejala penyakit TB

Bulan/Tahun	Tempat Kerja (Fasiliti/Wad/Klinik)

2.4 Jenis TB :

TB Pulmonari, smear positif

TB Pulmonari, smear negatif

TB Extrapulmonari

DD / MM / YY

2.5 Tarikh mula rawatan

DD / MM / YY

2.6 Nama Fasiliti yang memulakan rawatan : \_\_\_\_\_

Sekiranya kakitangan kesihatan dimasukkan ke wad,

2.7 Nama Wad/ Hospital : \_\_\_\_\_

2.8 Tarikh keluar Wad (Jika berkenaan)

DD / MM / YY

2.9 Keputusan ujian pengesahan

Ujian	Tarikh Ujian	Keputusan
1. Sapuan terus kahak AFB		
2. X-ray Dada		
3. Kultur & Sensitiviti Kahak		
4. Ujian Mantoux		
5. HIV		
6. Lain-lain (Nyatakan)		

3.0. Sejarah Pendedahan

3.1 Pernahkah 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 Tbi (ujuk 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 : \_\_\_\_\_

# SIASATAN KES TB

## 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 perubahan untuk pesakit 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 pesakit 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 (tarikh)	
1. Pengudaraan semula jadi					
i. Tingkap terbuka					
ii. Bukaian 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					

# SIASATAN KES TB

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

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

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

## 5.0 Penggunaan Alat Pelindung Diri ( PPE )

5.1 Alat pelindung pematasan 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 pematasan 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

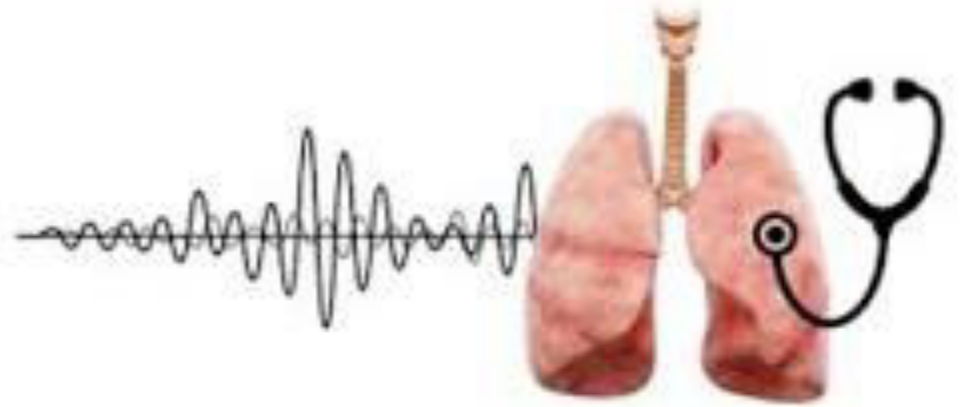
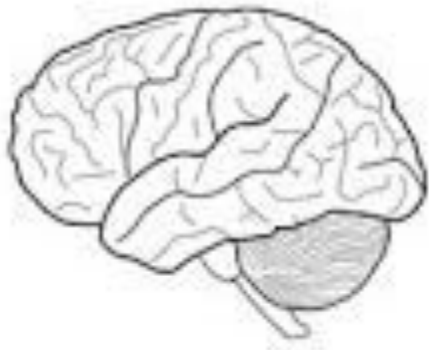
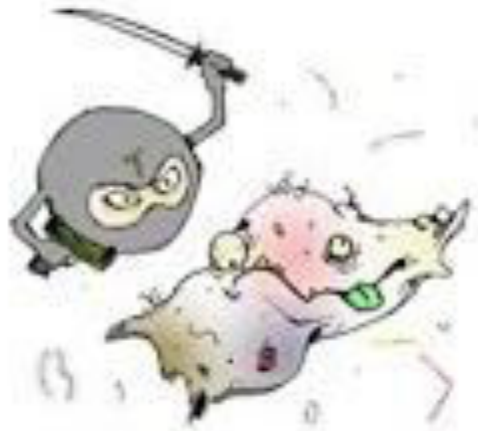
5.5.1 Pemilihan Alat Perlindungan Pematasan  Ada  Tiada

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



# TUBERCULOSIS

**TERIMA KASIH**

