

BORANG PENDAFTARAN PENDERMA DARAH

Nama :				Untuk Bukan Warganegara	
No. KP Baru :			-		No. Pasport :
No. KP Polis/Askar :					Negara :
Tarikh Lahir :			/		
Umur :			Tahun	Jantina :	☐ Lelaki ☐ Perempuan
Bangsa :	☐ Melayu	☐ Cina	☐ India	☐ Lain-lain (nyatakan)	
	☐ Iban	☐ Kadazan	☐ Melanau		
	☐ Murut	☐ Bidayuh	☐ Bajau		
Status perkahwinan :	☐ Bujang	☐ Berkahwin	☐ Duda/ Janda/ Berceraai		
Pekerjaan :				E-mel :	
No. Tel. Rumah : No. Tel. Pejabat :				No. H/P :	
				Faks :	
Alamat Rumah :					
Sekarang/ Semasa					
	Negeri :				Poskod :
Alamat Surat :					
Menyurat					
	Negeri :				Poskod :

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"

SOALSELIDIK 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 soalselidik 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?	☐	☐																																																																		
2.	Adakah anda menderma untuk menguji darah anda untuk HIV, Hepatitis dan/atau Sifilis?	☐	☐																																																																		
3.	Pernahkah anda menderma darah sebelum ini? Jika ya, pernahkah anda hadapi masalah semasa atau selepas menderma? Jika ya, sila nyatakan _____	☐ ☐	☐ ☐																																																																		
4.	Dalam tempoh seminggu yang lepas, pernahkah anda: a) Mengambil sebarang ubat-ubatan? Jika ya, sila nyatakan _____ b) Menghidap demam, selsema dan/atau batuk? c) Diserang sakit kepala atau migrain? d) Mendapatkan rawatan doktor untuk sebarang masalah kesihatan? Jika ya, sila nyatakan _____	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐																																																																		
5.	Adakah anda sedang menghidap / pernah menghidap / sedang dirawat / pernah dirawat untuk sebarang masalah kesihatan berikut?																																																																				
	<table border="0"><tr><td> • Sakit kuning / Jaundis • Hepatitis B atau Hepatitis C • HIV • Penyakit Kelamin /Sifilis • Malaria • Sakit Buah Pinggang • Asma / Lelah </td><td><table border="0"><tr><td>Ya</td><td>Tidak</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr></table></td><td> • Batuk kering • Kencing Manis • Darah Tinggi • Penyakit Jantung • Penyakit Mental • Epilepsi/ Sawan • Lain- lain* </td><td><table border="0"><tr><td>Ya</td><td>Tidak</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr></table></td></tr><tr><td></td><td>* Jika ya, sila nyatakan _____</td><td></td><td></td></tr><tr><td>6.</td><td>Adakah sesiapa di dalam keluarga anda pernah menghidap atau sedang dirawat untuk penyakit Hepatitis B atau Hepatitis C? Jika ya, sila nyatakan hubungan anda dengan beliau _____</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>7.</td><td>Dalam tempoh 6 bulan yang lalu, pernahkah anda: a) Menjalani sebarang rawatan pembedahan? b) Menerima pemindahan (transfusi) darah? c) Mendapat kecederaan akibat tusukan jarum tanpa sengaja?</td><td>☐ ☐ ☐</td><td>☐ ☐ ☐</td></tr><tr><td>8.</td><td>Pernahkah anda menerima suntikan imunisasi atau sebarang bentuk suntikan untuk kecantikan (cth: botox, kolagen) dalam tempoh 4 minggu yang lepas? Jika ya, sila nyatakan jenis dan/atau tujuan _____</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>9.</td><td>Pernahkah anda mendapat rawatan pergigian dalam tempoh 24 jam yang lepas?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>10.</td><td>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?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>11.</td><td>Adakah di dalam tempoh 24 jam yang lepas anda telah mengambil minuman beralkohol sehingga memabukkan?</td><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>12.</td><td>Pernahkah anda menerima rawatan a) Suntikan hormon tumbesaran manusia (<i>human growth hormone</i>)? b) Pemindahan (transplantasi) kornea? c) Pemindahan (transplantasi) selaput otak (<i>duramater</i>)? d) Pemindahan (transplantasi) sum-sum tulang atau sel stem (<i>stem cell</i>)?</td><td>☐ ☐ ☐ ☐</td><td>☐ ☐ ☐ ☐</td></tr></table>	• Sakit kuning / Jaundis • Hepatitis B atau Hepatitis C • HIV • Penyakit Kelamin /Sifilis • Malaria • Sakit Buah Pinggang • Asma / Lelah	<table border="0"><tr><td>Ya</td><td>Tidak</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr></table>	Ya	Tidak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	• Batuk kering • Kencing Manis • Darah Tinggi • Penyakit Jantung • Penyakit Mental • Epilepsi/ Sawan • Lain- lain*	<table border="0"><tr><td>Ya</td><td>Tidak</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr></table>	Ya	Tidak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐		* Jika ya, sila nyatakan _____			6.	Adakah sesiapa di dalam keluarga anda pernah menghidap atau sedang dirawat untuk penyakit Hepatitis B atau Hepatitis C? Jika ya, sila nyatakan hubungan anda dengan beliau _____	☐	☐	7.	Dalam tempoh 6 bulan yang lalu, pernahkah anda: a) Menjalani sebarang rawatan pembedahan? b) Menerima pemindahan (transfusi) darah? c) Mendapat kecederaan akibat tusukan jarum tanpa sengaja?	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐	8.	Pernahkah anda menerima suntikan imunisasi atau sebarang bentuk suntikan untuk kecantikan (cth: botox, kolagen) dalam tempoh 4 minggu yang lepas? Jika ya, sila nyatakan jenis dan/atau tujuan _____	☐	☐	9.	Pernahkah anda mendapat rawatan pergigian dalam tempoh 24 jam yang lepas?	☐	☐	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?	☐	☐	11.	Adakah di dalam tempoh 24 jam yang lepas anda telah mengambil minuman beralkohol sehingga memabukkan?	☐	☐	12.	Pernahkah anda menerima rawatan a) Suntikan hormon tumbesaran manusia (<i>human growth hormone</i>)? b) Pemindahan (transplantasi) kornea? c) Pemindahan (transplantasi) selaput otak (<i>duramater</i>)? d) Pemindahan (transplantasi) sum-sum tulang atau sel stem (<i>stem cell</i>)?	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐
• Sakit kuning / Jaundis • Hepatitis B atau Hepatitis C • HIV • Penyakit Kelamin /Sifilis • Malaria • Sakit Buah Pinggang • Asma / Lelah	<table border="0"><tr><td>Ya</td><td>Tidak</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr></table>	Ya	Tidak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	• Batuk kering • Kencing Manis • Darah Tinggi • Penyakit Jantung • Penyakit Mental • Epilepsi/ Sawan • Lain- lain*	<table border="0"><tr><td>Ya</td><td>Tidak</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr><tr><td>☐</td><td>☐</td></tr></table>	Ya	Tidak	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐																																		
Ya	Tidak																																																																				
☐	☐																																																																				
☐	☐																																																																				
☐	☐																																																																				
☐	☐																																																																				
☐	☐																																																																				
☐	☐																																																																				
☐	☐																																																																				
Ya	Tidak																																																																				
☐	☐																																																																				
☐	☐																																																																				
☐	☐																																																																				
☐	☐																																																																				
☐	☐																																																																				
☐	☐																																																																				
☐	☐																																																																				
	* Jika ya, sila nyatakan _____																																																																				
6.	Adakah sesiapa di dalam keluarga anda pernah menghidap atau sedang dirawat untuk penyakit Hepatitis B atau Hepatitis C? Jika ya, sila nyatakan hubungan anda dengan beliau _____	☐	☐																																																																		
7.	Dalam tempoh 6 bulan yang lalu, pernahkah anda: a) Menjalani sebarang rawatan pembedahan? b) Menerima pemindahan (transfusi) darah? c) Mendapat kecederaan akibat tusukan jarum tanpa sengaja?	☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐																																																																		
8.	Pernahkah anda menerima suntikan imunisasi atau sebarang bentuk suntikan untuk kecantikan (cth: botox, kolagen) dalam tempoh 4 minggu yang lepas? Jika ya, sila nyatakan jenis dan/atau tujuan _____	☐	☐																																																																		
9.	Pernahkah anda mendapat rawatan pergigian dalam tempoh 24 jam yang lepas?	☐	☐																																																																		
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?	☐	☐																																																																		
11.	Adakah di dalam tempoh 24 jam yang lepas anda telah mengambil minuman beralkohol sehingga memabukkan?	☐	☐																																																																		
12.	Pernahkah anda menerima rawatan a) Suntikan hormon tumbesaran manusia (<i>human growth hormone</i>)? b) Pemindahan (transplantasi) kornea? c) Pemindahan (transplantasi) selaput otak (<i>duramater</i>)? d) Pemindahan (transplantasi) sum-sum tulang atau sel stem (<i>stem cell</i>)?	☐ ☐ ☐ ☐	☐ ☐ ☐ ☐																																																																		

- | | | Ya | Tidak |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 13. | Risiko jangkitan variant Creutzfeldt-Jakob Disease (vCJD) | | |
| | 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? | ☐ | ☐ |
| | b) Pernahkah anda menerima transfusi atau suntikan darah atau produk darah sewaktu berada di United Kingdom di antara 1hb Januari 1980 hingga sekarang? | ☐ | ☐ |
| | 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?
(*Austria, Belanda, Belgium, Denmark, Finland, Greece, Jerman, Itali, Liechtenstein, Luxembourg, Norway, Perancis, Portugal, Sepanyol, Sweden dan Switzerland) | ☐ | ☐ |

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 yang menemuduga anda.**

- | | | Ya | Tidak |
|----|--|--------------------------|--------------------------|
| a) | Jika anda lelaki, pernahkah anda melakukan hubungan seks dengan lelaki lain? | ☐ | ☐ |
| b) | Pernakah anda melakukan hubungan seks dengan pekerja seks komersil (pelacur)? | ☐ | ☐ |
| c) | Pernakah anda membayar atau menerima bayaran untuk seks? | ☐ | ☐ |
| d) | Pernakah anda mempunyai lebih daripada seorang pasangan seks? | ☐ | ☐ |
| e) | Adakah anda mempunyai pasangan seks baru dalam tempoh 12 bulan yang lalu? | ☐ | ☐ |
| f) | Pernakah anda menyuntik diri anda dengan dadah yang terlarang, termasuk ,
dadah bina badan? | ☐ | ☐ |
| g) | Adakah pasangan seks anda tergolong di dalam mana-mana kategori di atas? | ☐ | ☐ |
| h) | Adakah anda atau pasangan seks anda pernah diuji positif untuk HIV? | ☐ | ☐ |
| i) | Adakah anda rasa anda atau pasangan seks anda mungkin dijangkiti HIV? | ☐ | ☐ |

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 : _____

- | | | Ya | Tidak |
|-----|---|--------------------------|--------------------------|
| 15. | Untuk dijawab oleh penderma wanita sahaja | | |
| | a) Adakah anda sedang kedatangan haid sekarang? | ☐ | ☐ |
| | b) Adakah anda mengandung atau mungkin mengandung? | ☐ | ☐ |
| | c) Adakah anda mempunyai anak yang masih menyusu-badan? | ☐ | ☐ |
| | d) Pernahkah anda melahirkan anak atau keguguran dalam tempoh 6 bulan yang lepas? | ☐ | ☐ |

PENGAKUAN DAN KEBENARAN PENDERMA
(untuk ditandatangani di hadapan doktor atau pegawai 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 BERTUGAS**Nombor Pengenalan Pendermaan (Barkod) :** _____

Jenis Penderma : ☐ Penderma Baru
☐ Penderma Tetap /Berulang
☐ Penderma Lama (*Lapses*)
☐ 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) (*sila nyatakan jika berkenaan)	☐ ≥ 12.5 g/dL ☐ < 12.5 g/dL *Nilai Hb : _____ g/dL	
Kiraan Platelet Pra-pendermaan (pendermaan platelet apheresis)	_____ x 109 /L	
Tekanan Darah (mmHg)		

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

☐ **LAYAK UNTUK MENDERMA**☐ **TIDAK LAYAK UNTUK MENDERMA**

Sebab : _____

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

Status Tidak Layak :

☐ Kekal
☐ Sementara

Tempoh: _____

Isipadu : ml

Nama & T/Tangan Kakitangan : _____

Proses Pendermaan Darah		Nama & T/Tangan Kakitangan
Venepuncture Dilakukan Oleh :		
Ubat Pelali Diberi? :	☐ Ya ☐ Tidak	
Masa Pendermaan Bermula :	Masa	
Sampel Diambil? :	☐ Ya ☐ Tidak	
Masa Pendermaan Berakhir :	Masa	
Baki Barkod :	Jumlah : _____ <i>Tampal Barcode Di Sini</i>	
Nota / Komen (jika ada) :		