

**PERSEDIAAN PESAKIT UNTUK PEMERIKSAAN ULTRASOUND**

**MAKLUMAT PESAKIT**

Nama :

Nombor Pendaftaran (RN) :

Nama Pemeriksaan :

Tarikh & Masa Pemeriksaan :

*Tulis semasa dapat tarikh temujanji nanti*

**PERSEDIAAN AM PEMERIKSAAN ULTRASOUND**

Sila tanda (✓) di ruangan berkenaan.

1.  Tidak perlu berpuasa.
2. Bagi pemeriksaan **Ultrasound Abdomen termasuk hati dan hempedu.**
  - a.  Umur kurang 6 tahun perlu berpuasa 2 – 4 jam sebelum pemeriksaan.
  - b.  Umur kurang 6 hingga 12 tahun perlu berpuasa 4 – 6 jam sebelum pemeriksaan.
  - c.  Lebih 12 tahun dan dewasa perlu berpuasa 6 jam sebelum pemeriksaan.
3.  Bagi pemeriksaan **Ultrasound KUB dan Pelvis**, boleh minum air sehingga pundi kencing penuh. Jangan buang air kecil 1 jam sebelum pemeriksaan.
4. Lain-lain persediaan : .....

**PERHATIAN**

1. Hubungi kami jika tidak dapat hadir atau untuk sebarang pertanyaan
2. Sila hadir 15 minit lebih awal pada tarikh dan masa temujanji.
3. Borang pemeriksaan radiologi perlu di ambil dan buat bayaran di Kaunter Seksyen Hasil sebelum datang ke Kaunter Pendaftaran Radiologi.
4. Pesakit dinasihatkan tidak memakai barang kemas pada hari temujanji pemeriksaan.
5. Jangkamasa pemeriksaan bergantung kepada keadaan pesakit dan penyakit.
6. Pemeriksaan ini berkemungkinan dibatalkan jika perkara-perkara di atas tidak dipatuhi.
7. Temujanji dan penerangan telah diberikan oleh :

Nama Staf :

Tarikh :