

BORANG PERMOHONAN PERKHIDMATAN PACS (SIMPANAN/SALINAN IMEJ)

Sebarang pertanyaan sila hubungi Kaunter Radiologi : 09-7673471 atau Bilik PACS : 09-7676738

Peringatan : Filem/CD/USB yang tidak dituntut melebihi dari 7 hari akan dilupuskan. Pihak kami tidak akan bertanggungjawab ke atas kehilangan dan sebarang kos yang terlibat.

A. Maklumat Pemohon

Nama Pemohon : _____
 No. Staf / MPM : _____ No. KP/ Pasport : _____
 Jabatan / Klinik / Wad : _____ No. Telefon : _____

B. Maklumat Pesakit

Nama Pesakit : _____
 MRN Pesakit: _____ Jabatan / Klinik / Wad : _____

C. Tujuan Permohonan

- | | |
|--|--|
| <input type="checkbox"/> Rujukan dari hospital luar | <input type="checkbox"/> Penyelidikan (sertakan surat berkenaan) |
| <input type="checkbox"/> Rujukan ke hospital luar (sertakan surat rujukan) | <input type="checkbox"/> Insurans / Mediko Legal |
| <input type="checkbox"/> Perancangan Surgeri (IGS)– CD tidak disediakan | <input type="checkbox"/> Peribadi (Justifikasi): _____ |
| <input type="checkbox"/> Peperiksaan – Permohonan daripada pensusarah shj | <ul style="list-style-type: none"> • Bagi tujuan insurans dan peribadi, bayaran perlu di buat di Kaunter Hasil sebelum DVD / filem diserahkan kepada pesakit. |

D. Permohonan Muat Naik Imej Dalam PACS (Digitize)

Tarikh Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Jenis Media Imej	Bilangan Filem / CD
		<input type="checkbox"/> Filem <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> USB	
		<input type="checkbox"/> Filem <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> USB	
		<input type="checkbox"/> Filem <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> USB	
		<input type="checkbox"/> Filem <input type="checkbox"/> CD <input type="checkbox"/> USB	

E. Permohonan Salinan Imej

Tarikh Pemeriksaan	Jenis Pemeriksaan	Jenis Media Imej	Bilangan Filem / CD
		<input type="checkbox"/> Filem <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> USB	
		<input type="checkbox"/> Filem <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> USB	
		<input type="checkbox"/> Filem <input type="checkbox"/> DVD <input type="checkbox"/> USB	

Tandatangan & Cop Pemohon :

 Tarikh :

Nama Petugas PACS :

 Tarikh Siap :



UNTUK SIMPANAN PEMOHON
 (Sila serah kepada petugas kaunter semasa menuntut Filem/CD/USB)
 Sebarang pertanyaan sila hubungi Kaunter Radiologi : 09-7673471 atau Bilik PACS : 09-7676738

No. daftar :	Nama Pesakit :
Tarikh :	MRN Pesakit :

Filem/CD/USB yang tidak dituntut melebihi dari 7 hari akan dilupuskan.
 Pihak kami tidak akan bertanggungjawab ke atas kehilangan dan sebarang kos yang terlibat.