

**SENARAI PAKEJ BORANG UNTUK PENDAFTARAN
PELAJAR BAHARU UNIVERSITI MALAYSIA SARAWAK**

Bil	Tajuk Borang	Muka Surat
1.	BPPs-01 Senarai Semak Dokumen Peribadi Pelajar	2
2.	PKU-03 Laporan Pemeriksaan Kesihatan	3
3.	BPPs-04 Perakuan Kebenaran Bius (<i>Anaesthesia</i>) Dan Pembedahan	7
4.	BPPs-05 Borang Akuan Pemberian Kuasa	8
5.	BPPs-06 Borang Ikrar Pelajar **	-
6.	Borang Soal Selidik Penyajian Makanan **	-

***** Borang boleh didapati selepas pendaftaran secara Online berjaya dilaksanakan oleh pelajar.***

SILA JANGAN CETAK SECARA *DOUBLE SIDED*

Senarai Semak Dokumen Peribadi Pelajar

Arahan:

1. Tindakan Pelajar

- i. Sila lengkapkan dalam dua (2) salinan dan lampiran dokumen disusun mengikut turutan yang telah ditetapkan. (*3 set bagi Borang Laporan Pemeriksaan Kesihatan)
- ii. Senarai Semak Dokumen ini WAJIB dilampirkan semasa Sesi Serahan Dokumen Pelajar.

2. Tindakan Fakulti

- i. Dokumen yang telah lengkap hendaklah dikemukakan ke Bahagian Pengajian Prasiswazah (BPPs)

BIL	DOKUMEN	TINDAKAN (Sila tandakan (√) sekiranya dokumen berkenaan telah disediakan)
1	Salinan Kad Pengenalan	
2	Salinan Sijil Kelahiran / Surat Beranak	
3	Salinan Sijil SPM	
4	Salinan Sijil-Sijil Akademik:- ▪ Sijil & Transkrip Diploma ▪ Sijil atau Slip STPM ▪ Sijil & Transkrip Matrikulasi	
5	Salinan Slip Keputusan MUET	
6	BPPs-05 Borang Akuan Pemberian Kuasa (diserahkan kepada Pusat Kesihatan UNIMAS)	
7	PKU-03 Laporan Pemeriksaan Kesihatan * (diserahkan kepada Pusat Kesihatan UNIMAS)	
8	BPPs-04 Perakuan Kebenaran Bius dan Pembedahan * (diserahkan kepada Pusat Kesihatan UNIMAS)	

BAHAGIAN 2 – Sila tandakan (✓) di kotak berkenaan.*PART 2 – Please tick (✓) in the relevant box.*

Pengakuan penyakit diri dan keluarga. Jelaskan jika anda mengidap penyakit berikut atau penyakit lain yang serius.
 Declaration of self and family illness. Explain in full if you or your family has any of the following or other serious illnesses.

Masalah / Problems	Sendiri / Self		Keluarga / Family		Jika “Ya” sila nyatakan / If “Yes” please
	Ya / Yes	Tidak / No	Ya / Yes	Tidak / No	
Penyakit sejak lahir atau baka / <i>Congenital or inherited disorder</i>					
Alahan / <i>Allergy</i>					
Sakit jiwa / <i>Mental illness/ Suicidal attempt</i>					
Epilepsi, Sawan, angin ahmar, penyakit saraf / <i>Epilepsy, Fits, stroke, other neurological disorder</i>					
Kencing manis / <i>Diabetes</i>					
Darah tinggi / <i>Hypertension</i>					
Jantung atau salur darah / <i>Heart or vascular disease</i>					
Asma / <i>Asthma</i>					
Sakit buah pinggang / <i>Kidney disease</i>					
Barah / <i>Cancer</i>					
Batuk kering / <i>Tuberculosis</i>					
Ketagihan dadah / <i>Drug addiction</i>					
AIDS, HIV					
Hepatitis B					
Sejarah pembedahan / <i>History of surgery</i>					
Kecacatan anggota, pancaindera/ <i>Deformity of limbs or sensory organ</i>					
Merokok / <i>Smoking</i>					
Penyakit serius lain / <i>Other serious illnesses</i>					

Adakah anda sedang menerima rawatan?

Ya / Yes

☐

Tidak / No

☐

Are you on any medical treatment?

Jika “Ya” sila nyatakan / If “Yes” please state

Saya dengan ini mengaku bahawa keterangan yang diberi di atas adalah benar. / *I hereby certify that the information given above is true.*

Saya dengan ini juga mengizinkan laporan perubatan ini diserahkan untuk kegunaan Universiti. / *I hereby give my consent for this medical report to be submitted to the University.*

Tarikh / Date-----
Tandatangan calon /
Signature of candidate

PART 3**TO BE FILLED BY EXAMINING DOCTOR**

1. General examinations

a. Height cm b. Weight kg
 c. BMI
 d. Pulse Per minute e. BP mmHg

	Yes	No
Pallor Oedema		
Lymph nodes		

	Yes	No
Cyanosis		
Jaundice		
Skin		

2. Eyes

	Right	Left
a. Unaided vision		
b. Aided vision		
c. Colour vision		
d. Funduscopy		

Additional comments

3. Ears

Normal Abnormal

4. Dental and Oral cavity

Normal Abnormal

5. Neck

Normal Abnormal

6. Cardiovascular

Normal Abnormal

7. Abdomen and hernia orifices

Normal Abnormal

8. Nervous system and mental condition

Normal

Abnormal

9. Musculoskeletal system

Normal Abnormal

PART 4

Certification by doctor: Please tick (✓) in the appropriate box

I hereby certify that I have on this date _____ examined

Identification card number / Passport number _____ and found:

The above named is in good health The

above named has

The above named is undergoing treatment for:

Date :

Signature of Doctor

: _____

Name of Doctor

: _____

Qualification and

: _____

Official stamp of
Clinic

For University Official : _____

PERAKUAN KEBENARAN BIUS (ANAESTHESIA) DAN PEMBEDAHAN
AUTHORISATION FOR ANAESTHESIA AND SURGICAL
PROCEDURE

Kepada/To:

Pegawai Kesihatan/Perubatan
Medical Officer/Health Physician

Universiti Malaysia Sarawak

Saya _____ bapa/ibu/penjaga kepada
I father/mother/guardian to

(Nama Pelajar/*Student's Name*)

Nombor Kad Pengenalan : _____
IC Number

Dengan ini memberi kuasa kepada tuan untuk menandatangani kebenaran bagi pihak saya, jika pada pandangan doktor yang anak/jagaan saya memerlukan rawatan bius (anaesthesia) atau/dan pembedahan, sedangkan saya tidak dapat hadir pada masa yang diperlukan.

I hereby authorised the medical officer to sign on my behalf for anaesthesia surgical procedure on my son/daughter/guardian in my absence, in the event of an emergency, as confirmed by the attending doctor, when required.

Saya tidak akan mendakwa atau mengambil sebarang tindakan terhadap Universiti jika berlaku sebarang kemungkinan yang timbul daripada prosedur tersebut.

I will absolve the University of any responsibilities from any unfavourable consequences which may arise from the said procedure.

Nama Bapa/Ibu/Penjaga
Name of Father/Mother/Guardian

Yang benar
Yours faithfully

Alamat
Address

Tandatangan Bapa/Ibu/Penjaga
Signature of Father/Mother/Guardian

Nombor telefon
Telephone Number

Tarikh:
Date

BORANG AKUAN PEMBERIAN KUASA

Pendaftar
Bahagian Pengajian
Prasiswazah Universiti
Malaysia Sarawak 94300
Kota Samarahan Sarawak

Akuan Pemberian Kuasa

Saya _____ sebagai ibu/bapa/penjaga yang sah kepada _____ (Nama Pelajar) seorang mahasiswa di Universiti Malaysia Sarawak, dengan ini memberi kuasa kepada Universiti untuk menandatangani borang pembedahan/rawatan kaji saraf dan rawatan seumpamanya bagi pihak saya jika anak/jagaan saya itu sakit atau ditimpa kemalangan dan perlu dibedah.

Saya juga mengaku bahawa pemberian kuasa hanya sah selama anak/jagaan saya itu menuntut di Universiti Malaysia Sarawak dan saya anggap dan rela menerima apa saja akibat dari pembedahan yang diizinkan seolah-olah saya sendiri yang menandatangani borang pembedahan itu dan tidak akan membuat apa-apa tuntutan terhadap Universiti Malaysia Sarawak.

.....
Tandatangan Ibu/Bapa/Penjaga

.....
Nombor Kad Pengenalan Ibu/Bapa/Penjaga

Saksi:

.....
Tandatangan Saksi

.....
Nama Penuh dan Nombor Kad Pengenalan Saksi