

MAKLUMAT PEMOHON

Nama : _____
 No. Pekerja : _____
 Jawatan : _____
 Jabatan : _____
 No. Tel. : _____

- 1) Setiap permohonan hendaklah dihantar **1 bulan sebelum** tarikh lakonan. **Unit SP berhak menolak sebarang permohonan yang lewat dan tidak lengkap.**
- 2) Pemohon hendaklah menyediakan skrip bagi senario semasa sesi latihan dijalankan.

Sebarang pertanyaan / masalah sila hubungi Puan Sinar Suriya di talian **03 9145 9449**.

TUJUAN/KEGUNAAN/PEPERIKSAAN

Sila nyatakan modul Modul Klinik Modul PPD
 Lain-lain (Sila Nyatakan : _____)

 Sesi Pembelajaran

Tajuk Pembelajaran : _____
 Bil. Kumpulan Pelajar : _____
 Bil. Pelajar dalam Kumpulan : _____

 Sesi Peperiksaan

Tajuk Peperiksaan : _____
 Bil. Stesyen OSCE : _____
 Bil. Pusat OSCE : _____
 Bil. Pelajar : _____

SESI AKADEMIK

Tahun Pembelajaran : 1 2 3 4 5
 Semester : 1 2 3 4 5
 6 7 8 9 10

Peperiksaan Akhir Ulangan : _____

UNTUK KEGUNAAN UNIT PESAKIT PIAWAI

Bilangan SP : _____
 Tarikh Latihan/Lakonan : _____
 Tempat Latihan/Lakonan : _____
 Diluluskan Tidak diluluskan

Pesakit Piawai:

1. _____ 8. _____
 2. _____ 9. _____
 3. _____ 10. _____
 4. _____ 11. _____
 5. _____ 12. _____
 6. _____ 13. _____
 7. _____ 14. _____

KRITERIA SP

Umur : 25-35 36-50 51 ke atas
 Watak : Lelaki Perempuan
 Bilangan : Lelaki Perempuan
 Keadaan Fizikal (sekiranya perlu) : 1) _____
 2) _____

Tahap Kesukaran Lakonan SP	Ciri-ciri
<input type="checkbox"/> Minimal	<ul style="list-style-type: none"> • Penglibatan pesakit piawai yang minimal • Pemeriksaan fizikal yang tidak invasif (pengambilan suhu badan, pengambilan tekanan darah, pengiraan denyutan nadi) • Pengambilan riwayat pesakit yang asas untuk kes perubatan
<input type="checkbox"/> Pertengahan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan fizikal berdasarkan sistem yang biasa (sistem abdomen, sistem pernafasan, sistem kardiovaskular, sistem neurologi) • Pengambilan riwayat pesakit yang lebih rumit dan melibatkan percanggahan idea/pendapat/kepercayaan atau emosi (kemahiran komunikasi, trauma moulage)
<input type="checkbox"/> Lanjutan	<ul style="list-style-type: none"> • Pemeriksaan fizikal yang invasif dan melibatkan pendedahan anggota badan atau memerlukan kerjasama pihak lain (pemeriksaan per rectal, pemeriksaan payu dara, pemeriksaan alat kelamin, pemeriksaan yang melibatkan kanak-kanak, pemeriksaan mental psikiatri) • Pengambilan riwayat pesakit yang kompleks (kes psikiatri, kes untuk kegunaan pascasiswazah) • Pesakit piawai dengan masalah kesihatan sebenar

MAKLUMAT SENARIO

Tarikh & Masa Latihan : _____
 Jumlah Senario : _____
 Tajuk Senario : 1) _____
 2) _____
 3) _____

Tempat Sesi Pembelajaran/Peperiksaan : _____

Tarikh & Masa Lakonan : _____

Kakitangan Jabatan (bukan akademik) yang akan menyelia sesi lakonan

Nama : _____ UKMPer : _____

(Tandatangan Pemohon & Cop) Tarikh : _____

(Tandatangan Ketua Modul & Cop) Tarikh : _____

(Sila isi borang permohonan ini dan serahkan kepada Pejabat AM @ Unit SP, Jabatan Pendidikan Perubatan Aras 13, Blok Praktikal, UKM).
Tarikh Kemaskini : 04 Jan 2019