

**BORANG PEMOHONAN LAPORAN SARANAN PEMAKANAN ENTERAL PESAKIT
UNIT DIETETIK DAN SAJIAN HOSPITAL QUEEN ELIZABETH II**

Perhatian: Setelah borang diisi dengan lengkap, sila hantar ke Unit Sajian, Basement, Terima kasih di atas kerjasama anda.

A. BUTIRAN PESAKIT (Diisi oleh Pegawai Perubatan)	
Nama : _____ No. KP : _____ Wad/Klinik rujukan : _____ Tarikh rawatan/kemasukan ke wad: _____ Diagnosis : _____	Umur : _____ Jantina : _____ Agama : _____ Bangsa : _____ No. Telefon (wad/klinik) : _____ No. Telefon Pesakit: _____
B. MAKLUMAT DAN JUSTIFIKASI KEPERLUAN PEMAKANAN ENTERAL (Diisi oleh Pegawai Perubatan)	
☐ Oral ☐ Tiub pemakanan Kaedah pemakanan enteral : ☐ Ensure ☐ Enercal ☐ Nutren Optimum ☐ Glucerna ☐ Nutren Diabetik ☐ Lain-lain (Nyatakan) _____ Jenis Enteral Formula yang digunakan semasa dirujuk : Feeding Volume : _____ ml/hari Justifikasi keperluan bantuan pemakanan enteral (Nyatakan) : _____ _____ Sumber bantuan yang dirujuk : ☐ TBP ☐ PEKA B40 ☐ MAKNA ☐ Pesara Persekutuan ☐ Lain-lain: _____ SILA RUJUK PESAKIT KEPADA JABATAN KERJA SOSIAL PERUBATAN (KECUALI BAGI SUMBER BANTUAN JPA) TERLEBIH DAHULU SEBELUM MENGHANTAR BORANG INI KEPADA PEGAWAI DIETETIK. Tarikh : _____ _____ (Tandatangan Pegawai Perubatan) Nama: Cap rasmi :	
C. UNTUK KEGUNAAN UNIT DIETETIK DAN SAJIAN (Diisi oleh Pegawai Dietetik)	D. UNTUK KEGUNAAN PENERIMA LAPORAN
Borang diterima ☐ YA ☐ TIDAK (Nyatakan sebab: _____) _____ (Tandatangan Pegawai Dietetik) Nama: Cap rasmi : Tarikh : _____ Masa : _____	Laporan diterima ☐ YA ☐ TIDAK (Nyatakan sebab: _____) _____ (Tandatangan Pegawai) Nama: Cap rasmi : Tarikh : _____ Masa : _____