



BORANG SARINGAN KESIHATAN / HEALTH SCREENING FORM



KEMENTERIAN PENGAJIAN TINGGI

1. Adakah anda sedang mengalami gejala-gejala berikut?

Do you have these symptoms?

- | | | |
|--|----------|------------|
| a) Demam / Fever | Ya / Yes | Tidak / No |
| b) Batuk / Cough | Ya / Yes | Tidak / No |
| c) Selsema / Flu | Ya / Yes | Tidak / No |
| d) Sesak nafas / Difficulty in breathing | Ya / Yes | Tidak / No |

Nota:

Sila lampirkan dokumen berkaitan kesihatan anda sekiranya ada
Please attach any documents related to your health if any.

2. Adakah anda pernah disahkan positif COVID-19 dalam tempoh 14 hari lepas?

Have you being declared as a positive COVID-19 for the last 14 days?

Ya / Yes Tidak / No

3. Adakah anda mempunyai kontak rapat dengan mereka yang disahkan POSITIF COVID-19 dalam tempoh 14 hari lepas?

Do you have history of close contact with anyone who has been Diagnosed as COVID19 POSITIVE for the last 14 days?

Ya / Yes Tidak / No

4. Adakah anda mempunyai sejarah perjalanan ke luar negara dalam tempoh 14 hari yang lepas ATAU sedang menjalani perintah kawalan kuarantin di rumah yang diarahkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia?

Do you have history of travelling to overseas for the last 14 days and currently under strict home quarantine as instructed by Ministry of Health Malaysia?

Ya / Yes Tidak / No

5. Adakah anda mempunyai sejarah perjalanan ke kawasan Zon Merah atau dari negeri Sabah dalam tempoh 14 hari yang lepas?

Do you have history of travelling to Red Zone area or from Sabah for the last 14 days?

Ya / Yes Tidak / No



Saya mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan adalah betul dan tepat.
Tindakan boleh dikenakan jika maklumat yang diberikan adalah palsu.

I hereby declare that all the information given in this form is true and correct. Action can be taken if the information provided is false.

Nama / Name :

Tarikh / Date :

Definition of close contact :

- Health care associated exposure, including providing direct care for COVID-19 patients, working with health care workers infected with COVID-19, visiting patients or staying in the same close environment of a COVID-19 patient.
- Working together in close proximity or sharing the same classroom environment with a with COVID19 patient
- Traveling together with COVID-19 patient in any kind of conveyance
- Living in the same household as a COVID-19 patient

**Tempoh sah Health Declaration Form (HDF) adalah dua (2) minggu dari tarikh Pengisytiharan Kesihatan dibuat*

Pengesahan Pegawai (PSM PTJ)

Permohonan ini telah disemak dan maklumat oleh pemohon disahkan benar.

KEPUTUSAN :
(Lulus / Tidak Lulus)

TARIKH KELULUSAN :

Mula :

Akhir :

.....
(Tandatangan)

Nama :

Jawatan :

Tarikh :