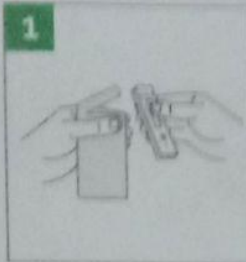


lidung)

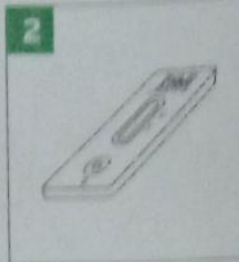
Prosedur Ujian

Ujian harus dilakukan sebaik sahaja spesimen dikumpulkan. **Jangan dedahkan spesimen pada suhu bilik untuk jangka masa** Sampel stabil sehingga 30 minit apabila disimpan di dalam **buffer yang** disediakan dengan kit ujian.



1

Koyak secara perlahan kantung foil dan keluarkan alat ujian.



2

Letakkan alat ujian di permukaan yang bersih dan rata. Labelkan alat ujian dengan nama



3

Tambahkan 2 titis (1-50µl) larutan sampel ke dalam perigi sampel. Pastikan tiada gelembung udara. Sampel akan mula menyerap ke arah atas membran.



4

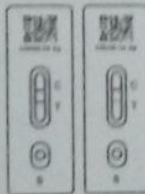
Baca hasil ujian dalam masa 10-15 minit.

1 Jangan tafir hasil ujian

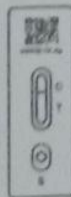
Prosedur ujian akan menyebabkan hasil yang tidak tepat

Tafsiran Hasil Ujian

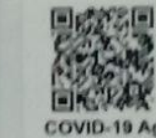
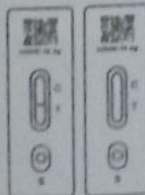
Positif untuk SARS-CoV-2



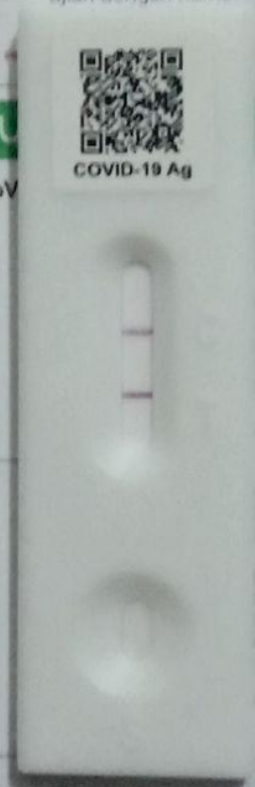
Negatif



Tidak Sah



COVID-19 Ag



uncut, satu di garisan kawalan (C) dan satu di garisan ujian (T) an teliti. Sebarang garis yang kelihatan atau samar memberi a W-2.

ukan;

i profesional perubatan. Ujian molekul tambahan seperti ujian ik mengesahkan hasil ujian anda. Profesional perubatan anda untuk merawat anda, berdasarkan keputusan ujian bersama jala.

in diri untuk mencegah penyebaran virus kepada orang lain.

arna di garisan kawalan (C) yang kelihatan. Ini menunjukkan 1 2 tidak dikesan. Hasil negatif tidak menghalangi kemungkiran an Batasan ujian kit).

ukan;

ini gejala, segera berjumpa dengan profesional perubatan anda ti ujian PCR mungkin diperlukan untuk mengesahkan hasil u da akan menentukan cara terbaik untuk merawat anda, berd dengan sejarah perubatan dan gejala.

malikan perjarakkan sosial, kerap mencuci tangan dan mema

Garis kawalan (C) tidak kelihatan.

Apa yang anda perlu lakukan:

Anda harus mengulangi ujian dengan menggunakan alat ujian baru.

Imbas hasil QR untuk menuju video tutorial **Panduan Ringkas Penggunaan serta cara melaporkan hasil ujian COVID-19.** Hasil ujian akan dimuat secara automatik ke RKM melalui MySejahtera menggunakan aplikasi MySALIXIUM.

1 Setelah ujian anda selesai, masukkan alat ujian dan tiub buffer terpalat ke dalam beg sampah yang dibekalkan dan tutup zip dengan kemas. Masukkan kandungan kit ujian yang telah digunakan ke dalam beg plastik. Ikat dengan ketat dan buang ke sampah di rumah anda. Basuh tangan anda dengan 20 saat dengan sabun dan air suam, atau gunakan cecair pembasmi tangan.



KEMENTERIAN KESIHATAN
MALAYSIA

Fail Rujukan:

Pejabat Kesihatan Daerah / Pejabat Kesihatan Pintu Masuk
Pejabat Kesihatan Daerah Seremban
No. Telefon: 06-7685400 / 06-7685501

Kepada:

Nama: Mohd Fahmi Bin Zakaria
No. Kad Pengenalan/Pasport: 88089-29-889
Alamat: D-2-11, Jalan Kemaman, Seremban
7800 Nilai, 719 980 8846
No. Telefon: 019 980 8846
Nama & No. Telefon waris:

**Perintah Pemerhatian dan Pengawasan Bagi Kes Jangkitan Penyakit Korona Virus 2019 (COVID-19)
Di Bawah Seksyen 11(3) Akta Pencegahan Dan Pengawalan Penyakit Berjangkit 1988 [Akta 342]**

1. Dalam menjalankan kuasa di bawah seksyen 11(3) Akta Pencegahan dan Pengawalan Penyakit Berjangkit 1988 [Akta 342], saya **NURSYUHADA BINTI HASSIM**, Pegawai Diberi Kuasa yang dilantik menurut seksyen 3 Akta 342 memerintahkan Tuan/Puan untuk menjalani pemerhatian dan pengawasan di kediaman seperti alamat di atas dengan syarat-syarat yang dinyatakan di perenggan 2, 3, 4 dan 5 perintah ini dan syarat lain yang dinyatakan dalam borang *Home Assessment Tool* selama **10** hari bermula pada 19/8/21 sehingga 29/8/21 (tarikh hari ke 10) atau suatu tempoh yang diarahkan oleh Pegawai Diberi Kuasa ("tempoh pemerhatian dan pengawasan").
2. Tuan/Puan dikehendaki sentiasa memakai gelang tangan pengawasan yang dibekalkan oleh Pegawai Diberi Kuasa sepanjang tempoh pemerhatian dan pengawasan serta memastikan gelang tangan pengawasan tersebut sentiasa berada dalam keadaan baik dan sempurna. Sekiranya gelang tangan pengawasan tersebut rosak, Tuan/Puan hendaklah dengan segera melaporkan kepada Pejabat Kesihatan Daerah (PKD) paling hampir dan mendapatkan gelang tangan pengawasan gantian. Tuan/Puan hendaklah tidak menanggalkan, memotong atau merosakkan gelang tangan pengawasan tersebut. Gelang tangan pengawasan tersebut hanya boleh ditanggalkan oleh Pegawai Diberi Kuasa selepas Tuan/Puan mendapat surat pelepasan perintah pemerhatian dan pengawasan atau dengan kebenaran bertulis Pegawai Diberi Kuasa.
3. Tuan/Puan hendaklah dengan seberapa segera memuat turun aplikasi MySejahtera atau aplikasi lain yang ditetapkan oleh Kerajaan ke dalam telefon bimbit pintar atau apa-apa peranti lain sama ada yang didaftarkan atas nama Tuan/Puan atau di bawah kawalan Tuan/Puan dan hendaklah memastikan telefon bimbit atau peranti tersebut sentiasa berada bersama Tuan/Puan dan berada dalam mod aktif sepanjang masa sepanjang tempoh menjalani pemerhatian dan pengawasan. Tuan/Puan hendaklah memastikan segala maklumat yang dikemukakan oleh Tuan/Puan dalam aplikasi MySejahtera adalah tepat dan benar.
4. Sepanjang tempoh Tuan/Puan diletakkan di bawah perintah pemerhatian dan pengawasan, Tuan/Puan dikehendaki mematuhi perintah ini dan syarat-syarat yang terkandung di dalamnya dan



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Fall Rujukan:

Kepada:

Nama: MOHD FAHMI BIN ZAKARIA
No. Kad Pengenalan / Pasport: 880209296259
Alamat: PERSONAL

Pelepasan Dari Menjalani Perintah Pemerhatian dan Pengawasan di Kediaman Di Bawah Akta Pencegahan Dan Pengawasan Penyakit Berjangkit 1988 [Akta 342]

Dengan hormatnya perkara di atas adalah dirujuk.

2. Tuan/Puan telah diarahkan untuk menjalani pemerhatian dan pengawasan di kediaman di bawah*:

<input type="checkbox"/>	Seksyen 15(1) bagi kontak
<input checked="" type="checkbox"/>	Seksyen 11(3) bagi kes

Akta Pencegahan dan Pengawasan Penyakit Berjangkit 1988 [Akta 342] bermula dari 19/8/2021 hingga 28/8/2021

3. Susulan hasil pemeriksaan kesihatan yang dijalankan oleh pihak saya, saya mendapati status kesihatan Tuan/Puan adalah memuaskan. Oleh itu saya, selaku pegawai diberi kuasa melepaskan Tuan/Puan daripada menjalani pemerhatian dan pengawasan di bawah Akta 342, bermula dari tarikh seperti tersebut di bawah.

4. Kerjasama yang telah Tuan/Puan berikan sepanjang tempoh menjalani pemerhatian dan pengawasan adalah amat dihargai.

Sekian, terima kasih.

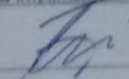
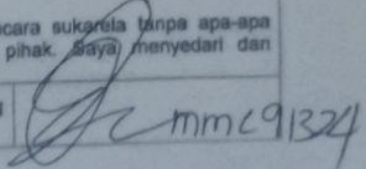
Pegawai Yang Diberi Kuasa	
Nama	DR. NOR EMI BINTI ROSLI MD (USM)
Jawatan	(NO. Daftar MMC 41120) PEGAWAI PERUBATAN MEGAKLINIK ZAHARAN
Tempat Bertugas & No. Telefon	
Tarikh & Masa	29/8/2021

Nota: * tandakan (✓) pada yang berkenaan

*Borang ini perlu dibuat dua (2) salinan

BORANG AKUJANJI PESAKIT DISAHKAN COVID-19 YANG MENJALANI PENGASINGAN DI RUMAH
JABATAN KESIHATAN NEGERI, NEGERI SEMBILAN

COVID ASSESSMENT CENTRE (CAC): SEREMBAN
 PEJABAT KESIHATAN DAERAH: SEREMBAN
 TARIKH PENILAIAN: 20/8/21

A. MAKLUMAT PESAKIT	
Nama	Mohd Fohmi B. Zakaria
Kad Pengenalan	880209-21-5259
No. Telefon Pesakit / Penjaga (jika pesakit Orang Belum Dewasa – 18 tahun ke bawah)	No. Tel Ahli Keluarga Yang Tinggal Serumah
Tarikh ujian PCR positif	
Tarikh terakhir pendedahan	
Tarikh gejala bermula (jika berkaitan)	
B. MAKLUMAT PERINTAH PEMERHATIAN DAN PENGAWASAN (sekiranya kos PERNAH menerima Perintah ini)	
Tempoh Perintah Berkuatkuasa	Mula <u>19/8/21</u> ... Sehingga <u>28/8/21</u>
PKD / Hosp yang mengeluarkan Perintah	PEJABAT KESIHATAN DAERAH SEREMBAN
C. MAKLUMAT PENGASINGAN DI RUMAH (semasa penilaian pesakit dibuat)	
Tempoh Pengasingan	Mula Sehingga
Alamat tempat pengasingan	Rm 92 Marak
Tarikh Pemeriksaan Susulan	
Nama Doktor yang menilai	DR. SITI NAZAHAH
D. PENGISYTIHARAAN PERIBADI (SELF-DECLARATION) (Sila bulatkan jawapan)	
Rumah saya sesuai untuk pengasingan di rumah, mempunyai bilik dan tandas berasingan dengan penghuni lain	Ya / Tidak
Rumah saya tiada golongan yang berisiko (Penyakit kronik – Kencing manis, darah tinggi, sakit jantung dll yang tidak stabil atau ibu mengandung)	Ya / Tidak
Saya yakin saya mampu melaksanakan pengasingan sendiri di rumah	Ya / Tidak
E. AKUJANJI PESAKIT	
<p>Saya mengaku segala maklumat yang saya berikan di atas adalah benar. Saya akan menjalani pengasingan di alamat pengasingan bagi selama tempoh yang dinyatakan didalam Perkara C diatas. Saya akan mematuhi SEMUA arahan pengasingan di rumah seperti di Lampiran 1.</p> <p>Saya juga bersetuju bahawa akujanji ini telah ditandatangani secara sukarela tanpa apa-apa elemen paksaan, ugutan dan dorongan daripada mana-mana pihak. Saya menyedari dan memahami sepenuhnya implikasi daripada akujanji ini.</p>	
Tandatangan Pesakit	<input checked="" type="checkbox"/>  Tandatangan Doktor Yang Menilai & Cop Rasmi 

HOME ASSESSMENT TOOL UNTUK PESAKIT COVID-19 DEWASA YANG MENJALANI KUARANTIN DI RUMAH

*SM - SAKIT MUDA

D11 (29/8) Ahmad
11pg.

Tandakan () sekiranya mempunyai gejala berikut

SIMPTOM	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	CATTAN
Sakit tekak atau selesema	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
Batuk	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓	✓			
*Demam	✓	✓	SM	SM	SM						
*Sukar Bernafas (SOB)		✓									
Hilang denia rasa		✓									
Hilang denia bau		✓	✓	✓							
Cirit-birit											
Loya dan / atau muntah											
Kelesuan (Lethargy)											
Sakit otot (Myalgia)											
Boleh melakukan aktiviti harian											
*Sakit Dada											
*Tidak dapat toleransi / mengambil makanan / minuman											
*Kelesuan yang bertambah teruk contohnya kesukaran bangun dari katil											
*Tidak boleh bangun tanpa bantuan											
*Gejala yang berterusan dan bertambah teruk seperti batuk, loya, muntah atau cirit-birit											
*Tahap kesedaran berkurang (Reduced level of consciousness)											
*Kekeparangan air kencing yang berkurang dalam tempoh 24 jam											

NOTA: Sekiranya gejala () dialami oleh kes, ia menunjukkan kes dalam kategori 2 dan perlu dirujuk kepada klinik/ hospital/ pusat penilaian COVID-19 untuk penilaian lanjut.