



**JABATAN KESIHATAN NEGERI SELANGOR**  
Tingkat 9, 10, 11 & 17, No. 1, Wisma Sunway,  
Jalan Tengku Ampuan Zabedah C 9/C,  
Seksyen 9, 40100 Shah Alam,  
Selangor Darul Ehsan



Tel : 03-51237333, 51237334, 51237335  
Faks : 03-51237202 (Pengarah), 51237209  
(Pengurusan), 03-51237299 (Perubatan),  
51237389 (Pergigian), 51237399  
(Kesihatan Awam), 03-55108977  
(Farmasi), 55185195 (Keselamatan Dan  
Kualiti Makanan)

Portal Rasmi : [www.jknselangor.moh.gov.my](http://www.jknselangor.moh.gov.my)

Rujukan Kami : JKNS/KA/UKK-722 /01 Jld 2 (72)  
Tarikh : 24 Julai 2017  
30 Syawal 1438H

## SEPERTI SENARAI EDARAN

YBhg. Dato'/Tuan/Puan,

### **PENGUMPULAN MAKLUMAT IMUNISASI MELALUI PENGGUNAAN FORMAT RETEN DARIPADA PENGAMAL PERUBATAN SWASTA**

Dengan segala hormatnya saya merujuk kepada perkara di atas dan surat dari Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia, bernombor rujukan: KKM.600-30/4/2 Jld.3(46) bertarikh 21 Jun 2017 yang jelas menerangkan maksudnya (sesalinan dilampirkan).

3. Sebagaimana semua maklum, pengamal perubatan swasta memainkan peranan yang penting dalam penjagaan kesihatan masyarakat di Malaysia. Laporan *National Health and Morbidity Survey 2016* mendapati di Malaysia, seramai 6.2% kanak-kanak menerima imunisasi di fasiliti swasta. Selangor merupakan negeri kedua tertinggi iaitu sebanyak 14.4% kanak-kanak mendapat lebih daripada 50% imunisasi mereka di fasiliti kesihatan swasta.

4. Sehubungan dengan itu, kerjasama daripada pengamal perubatan swasta dalam pemberian imunisasi serta mendapatkan data kanak-kanak yang menerima imunisasi di fasiliti swasta dengan mengambil kira akta dan peraturan berkaitan perkongsian data pesakit amatlah penting.

5. Mohon kerjasama YBhg. Dato'/Tuan/Puan, memanjangkan Surat Ketua Pengarah Kesihatan ini kepada semua fasiliti kesihatan swasta di bawah jagaan daerah YBhg. Dato'/Tuan/Puan untuk tindakan bersama. Bersama ini juga dilampirkan contoh borang *consent* yang boleh digunakan (Lampiran A), pengamal perubatan swasta juga boleh menggunakan borang *consent* sedia ada masing-masing.



PENGUMPULAN MAKLUMAT IMUNISASI MELALUI PENGGUNAAN FORMAT RETEN  
DARIPADA PENGAMAL PERUBATAN SWASTA

6. Kerjasama dari pihak YBhg. Dato'/Tuan/Puan amatlah diharapkan dan didahului dengan ucapan terima kasih.

Sekian.

**"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"**

**"PENYAYANG, BEKERJA BERPASUKAN DAN PROFESIONALISMA  
ADALAH BUDAYA KERJA KITA"**

Saya yang menurut perintah, \*

  
**(DATO' DR. HAJAH ZAILAN BINTI DATO' HAJI ADNAN)**

Pengarah Kesihatan Negeri  
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor

s.k

Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri (Kesihatan Awam)  
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor

Timbalan Pengarah Kesihatan (Perubatan)  
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor

Dr Wan Jazilah bt Wan Ismail  
Ketua Disiplin Pediatrik Negeri Selangor

Ketua Unit Kesihatan Keluarga  
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor

Ketua Unit UKAPS  
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor

LAMPIRAN A

**BORANG PERSETUJUAN MEMBERI MAKLUMAT IMUNISASI KANAK-KANAK DI HOSPITAL / KLINIK SWASTA**

Saya..... No. K/P :.....

\*Ibu/Bapa/Penjaga kepada : .....No. My Kid :.....

Beralamat : .....

Saya memahami penerangan yang diberikan dan membenarkan maklumat imunisasi \*anak/anak jagaan saya dikongsi bersama pihak Klinik Kesihatan Kerajaan dalam rangka untuk memastikan liputan imunisasi yang menyeluruh.

Tandatangan :.....

( )

Tarikh: .....

Saya mengaku bahawa saya telah menerangkan tujuan maklumat imunisasi ini kepada \*Ibu/Bapa/Penjaga.

Tandatangan & Cop :.....

(Pengamal Perubatan)

No. K/P :.....

Tarikh :.....

\*Potong yang tidak berkenaan



**PANDUAN MENGISI FORMAT RETEN PERKHIDMATAN IMUNISASI KANAK-KANAK (0-<6 TAHUN) DI FASILITI SWASTA**

Variabel	Panduan
Bil	Bilangan secara turutan bayi/kanak-kanak yang menerima imunisasi pada bulan semasa.
Nama	Nama bayi/kanak-kanak yang menerima imunisasi
Umur	Umur bayi/kanak-kanak yang menerima imunisasi pada bulan semasa.
No Kad Pengenalan MyKid	Sila catatkan No. Kad Pengenalan MyKid *Nota: Jika bayi/kanak-kanak tidak mempunyai No. Kad Pengenalan MyKid sila catatkan No. Kad Pengenalan Ibu/ Penjaga
Alamat	Sila catatkan alamat semasa bayi/kanak-kanak
No Telefon Ibu/Bapa/Penjaga	Sila catatkan No Telefon Ibu/Bapa/Penjaga
<b>Imunisasi (Tandakan (/) pada kolum yang berkaitan</b>	
BCG	Sila tandakan (/) jika imunisasi BCG diberikan
Hep B	Sila tandakan (/) jika imunisasi Hep B diberikan samada dos 1 atau dos 2 atau dos 3
DPT	Sila tandakan (/) jika imunisasi DPT diberikan samada dos 1 atau dos 2 atau dos 3 atau dos tambahan/booster
DT	Sila tandakan (/) jika imunisasi DT diberikan samada dos 1 atau dos 2 atau dos 3 atau dos tambahan/booster
Hib	Sila tandakan (/) jika imunisasi Hib diberikan samada dos 1 atau dos 2 atau dos 3 atau dos tambahan/booster
Polio	Sila tandakan (/) jika imunisasi Polio diberikan samada dos 1 atau dos 2 atau dos 3 atau dos tambahan/booster
DTaP/IPV+Hib	Sila tandakan (/) jika imunisasi DTap/IPV+Hib diberikan samada dos 1 atau dos 2 atau dos 3 atau dos tambahan/booster
MMR	Sila tandakan (/) jika imunisasi MMR diberikan
Measles	Sila tandakan (/) jika imunisasi Measles diberikan
Kebenaran Ibumama/Penjaga diperolehi (Ya/Tidak)	Sila tanda 'YA' sekiranya ibumama/penjaga memberi kebenaran penggunaan rekod imunisasi untuk tujuan reten/perkongsian data dengan Kementerian Kesihatan Malaysia  *Sekiranya ibumama/penjaga 'TIDAK' memberi kebenaran untuk perkongsian maklumat peribadi pengamal perubatan swasta dimohon untuk mengisi ruangan umur dan jenis imunisasi diberi.

## PROSES ALIRAN PELAPORAN MAKLUMAT UNTUK PENGAMAL PERUBATAN SWASTA

