BORANG PERMOHONAN KAD ALAHAN UBAT
(DRUG ALLERGY CARD REQUEST FORM)
JABATAN FARMASI
HOSPITAL UNIVERSITI SAINS MALAYSIA

A. MAKLUMAT PESAKIT

Nama : ☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐☐ R/N : ☐☐☐☐☐☐☐☐

Wad : _____

Jantina : Lelaki / Perempuan Bangsa : _____

No. Kad Pengenalan : ☐☐☐☐☐☐ - ☐☐ - ☐☐☐☐

Alamat : _____ No. Telefon - (Rumah) : _____

_____ - (Bimbit) : _____

_____

_____ Alamat e-mel : _____

Jika warganegara asing, sila isi maklumat berikut:

No. Passport: _____ Warganegara: _____ Umur: ☐☐☐ tahun

B. JENIS PERMOHONAN

☐ **PERMOHONAN KAD BARU**

☐ **PERMOHONAN TAMBAHAN MAKLUMAT PADA KAD**

No. Siri Kad Alahan Ubat : _____

Tarikh kad dikeluarkan : _____

Bil.	Nama Ubat Yang Terlibat	Reaksi Alahan
1		
2		

C. MAKLUMAT PEMOHON

Nama dan Tandatangan :

Nombor Telefon :

Wad / Unit :

Hospital/ Klinik :

Alamat :

Cop Jawatan :

Tarikh :