Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga
Kementerian Kesihatan Malaysia

Saringan Status Kesihatan

Warga Emas

BSSK/ WE/ 2008 Pind 1/ 2014

01.Layout Borang (W.E):Layout 1 11/16/14 4:08 AM Page 1

A. BIODATA		
1.	Nama Penuh	
2.	Jantina	☐ Lelaki ☐ Perempuan
3.	Tarikh Lahir	H H B B T T T T
4.	No. K.Pengenalan/ Passport	
5.	Warganegara	☐ Malaysia ☐ Warga Asing (nyatakan).....
6.	Bangsa	☐ Melayu ☐ Bumiputera Sabah ☐ Lain-lain (Nyatakan) ☐ Cina ☐ Bumiputera Sarawak ..... ☐ India ☐ Orang Asli
7.	Pekerjaan	
8.	Alamat Rumah/ Pusat Jagaan	
9.	No. Telefon	Rumah atau Pusat Jagaan: Bimbit:

B. SEJARAH PERUBATAN/ PEMBEDAHAN (Tandakan ✓ di ruang berkaitan)			
1.	Adakah anda/ ahli keluarga mengalami penyakit berikut:	Sendiri	Keluarga (adik beradik/ ibu bapa kandung)
	a. Tekanan Darah Tinggi/ Hypertension		
	b. Penyakit Kencing Manis/ Diabetes		
	c. Penyakit Jantung		
	d. Penyakit Angin Ahmar/ Stroke		
	e. Penyakit Lelah/ Asthma		
	f. Penyakit Barah/ Kanser		
	g. Penyakit Sawan/ Epilepsy		
	h. Penyakit Mental		
	i. Penyakit Kelenjar Thyroid		
	j. Penyakit seperti TB, Hepatitis, Jangkitan Kelamin		
	k. Penyakit Buah Pinggang		

01.Layout Borang (W.E):Layout 1 11/16/14 4:08 AM Page 2

B. SEJARAH PERUBATAN/ PEMBEDAHAN (sambungan) (Tandakan ✓ di ruang berkaitan)			
		Ya	Tidak
2.	Adakah ahli keluarga yang mati mengejut (Lelaki sebelum 45 tahun, wanita sebelum 50 tahun)		
3.	Adakah anda menghidap lain-lain penyakit? Jika **'Ya'** nyatakan:		
4.	Adakah anda mengambil sebarang ubat-ubatan?		
5.	Adakah anda pernah melalui		
	a. Alahan ubat yang teruk		
	b. Sebarang pembedahan, Jika **'Ya'** nyatakan:		
C. GEJALA SEMASA			
1.	Adakah anda mengalami	Ya	Tidak
	a. Ketulan/ bengkak kelenjar limfa di leher		
	b. Lelehan/ pengeluaran luar biasa dari telinga/ hidung		
	c. Telinga berdengung		
	d. Hilang pendengaran		
	e. Kebas pada sebelah bahagian muka		
	f. Perubahan atau ketulan pada payudara		
	g. Batuk berpanjangan		
	h. Batuk berdarah		
	i. Masalah pembuangan air kecil atau air besar		
	j. Lelehan/ pengeluaran luar biasa dari kemaluan		
	k. Luka (ulser) yang lambat sembuh di bahagian kemaluan		
	l. Penebalan kulit atau pembengkakan di kerandut zakar		
	m. Masalah kurang nafsu syahwat/ kurang daya tahan		
D. CORAK PEMAKANAN			
1.	Adakah anda mengambil	Ya	Tidak
	a. Sarapan Pagi		
	b. Makan Tengahari		
	c. Makan Malam		

01.Layout Borang (W.E):Layout 1 11/16/14 4:08 AM Page 3

D. CORAK PEMAKANAN (sambungan) (Tandakan ✓ di ruang berkaitan)			
2.	Adakah anda mengambil pelbagai jenis makanan termasuk:	Ya	Tidak
	a. Susu		
	b. Sayur-sayuran		
	c. Buah-buahan		
E. KESIHATAN ORAL			
		Ya	Tidak
1.	Adakah anda mempunyai masalah oral (gigi, gusi dll)?		
F. PENILAIAN AKTIVITI FIZIKAL (Diisi sendiri/ dibantu waris/ penjaga)			
	*setiap sesi aktiviti perlu mengambil masa sekurang-kurangnya selama 30 minit dan melebihi 3 kali seminggu	3 HARI ATAU KURANG (Tidak Aktif)	4 HARI ATAU LEBIH (Aktif)
1.	Nyatakan jumlah hari dalam seminggu, anda melakukan *aktiviti fizikal seperti berkebun atau berjalan?		
2.	Nyatakan jumlah hari dalam seminggu, anda *bersenam seperti berbasikal, berjalan pantas atau berenang?		
G. PENGAMBILAN BAHAN			
1.	Adakah anda mengambil bahan berikut:	Ya	Tidak
	a. Rokok/ Tembakau		
	b. Dadah Terlarang		
	c. Alkohol		
H. SEJARAH PENDERAAN/ TERABAI			
		Ya	Tidak
1.	Adakah anda pernah didera, sama ada secara emosi, fizikal, seksual atau dibuli?		

01.Layout Borang (W.E):Layout 1 11/16/14 4:08 AM Page 4

I. PENILAIAN RISIKO JATUH (FALLS)

(Diisi sendiri/ dibantu waris/ penjaga)		Ya	Tidak
1.	Pernahkah anda terjatuh?		
2.	Adakah anda sedang mengambil rawatan?		
	Jika '**Ya**', adakah anda mengambil empat jenis ubat atau lebih?		
3.	Pernahkah anda mengambil ubat-ubatan yang baru dalam masa dua minggu yang lepas?		
4.	Adakah anda mengambil ubat berikut?		
	a. Ubat Tidur		
	b. Ubat Tekanan Darah Tinggi		
	c. Ubat Diabetes		
	d. Ubat Kemurungan (*depression*)		
5	Semasa berjalan, adakah anda mengalami perkara berikut?		
	a. Lemah Anggota		
	b. Pening/ Sakit Kepala		
	c. Pitam		

Sekiranya terdapat sekurang-kurangnya 1 sahaja jawapan 'Ya', sila lakukan ujian 'Bangun dan Berjalan' (Get Up and Go Test) - ujian kecenderungan untuk jatuh. Rujuk kepada Jurupulih Perubatan (Anggota)

J. SARINGAN STATUS KESIHATAN MENTAL

(Diisi sendiri/ dibantu waris/ penjaga)		Ya	Tidak
1.	Adakah daya ingatan anda semakin merosot Jika jawapan '**Ya**' teruskan kepada soalan berikutnya Jika jawapan '**Tidak**' teruskan ke soalan **L**		
2.	Adakah anda mempunyai masalah untuk mengingati perkara yang baru berlaku		
3.	Adakah mempunyai masalah untuk mengingati di mana anda menyimpan barang		
4.	Adakah mempunyai masalah untuk mengingati temujanji atau sesuatu majlis yang akan dibuat perbualan beberapa hari selepasnya		
5.	Adakah anda mempunyai masalah untuk mengingati temujanji atau sesuatu majlis yang akan dibuat		

Sekiranya terdapat jawapan 'Ya' pada salah satu di atas, rujuk kepada Pakar untuk pengendalian seterusnya

01.Layout Borang (W.E):Layout 1 11/16/14 4:08 AM Page 5

K. UJIAN 'BANGUN DAN BERJALAN' (GET UP AND GO TEST)			
Dilakukan oleh Jurupulih Perubatan (Anggota)			
1.	Masalah keseimbangan semasa duduk	Ya	Tidak
2.	Menghadapi kesukaran untuk bangun	Ya	Tidak
3.	Kurang keseimbangan apabila mula berdiri	Ya	Tidak
4.	Terhoyong-hayang (staggering) semasa berpusing	Ya	Tidak
5.	Langkah pendek dan terhenti	Ya	Tidak
6.	Pergerakan terlalu lambat	Ya	Tidak
7.	Langkah teragak-teragak	Ya	Tidak
8.	Pergerakan yang tidak selamat	Ya	Tidak
9.	Pergerakan badan yang berlebihan	Ya	Tidak
10.	Berpaut untuk sokongan	Ya	Tidak
11.	Mudah tersungkur	Ya	Tidak
12.	Kesukaran untuk duduk semula	Ya	Tidak

Sekiranya jawapan 'Ya' ≥ 1, pesakit ini memerlukan intervensi Jurupulih Perubatan (Anggota)

01.Layout Borang (W.E):Layout 1 11/16/14 4:08 AM Page 6

L. ACTIVITY OF DAILY LIVING (BARTHEL INDEX)				
(Diisi sendiri/ dibantu waris/ penjaga/ anggota kesihatan) Tarikh				
1.	*BOWELS* *0 = Incontinent* *1 = Occasional accident (1 per week)* *2 = Continent*			
2.	*BLADDER* *0 = Incontinent or catheterized & Unable to manage* *1 = Occasional accident (max 1 x per 24 hours)* *2 = Continent for over 7 days*			
3.	*GROOMING* *0 = Need help* *1 = Independent, face, hair, teeth, shaving*			
4.	*TOILET USE* *0 = Dependent* *1 = Need some help but can do something* *2 = Independent (on and off, dressing, wiping)*			
5.	*FEEDING* *0 = Unable* *1 = Need help cutting, spreading butter etc* *2 = Independent*			
6.	*TRANSFER* *0 = Unable* *1 = Major help (1-2 people, physical)* *2 = Minor help (verbal or physical)* *3 = Independent*			
7.	*MOBILITY* *0 = Immobile* *1 = Wheelchair independent including corners etc.* *2 = Work with help of 1 person (verbal and physical)* *3 = Independent (but may use any aid, eg. Stick)*			
8.	*DRESSING* *0 = Dependent* *1 = Need help but can do half unaided* *2 = Independent*			
9.	*STAIRS* *0 = Unable* *1 = Need help (verbal, physical, carrying aid)* *2 = Independent up and down*			
10.	*BATHING* *0 = Dependent* *1 = Independent*			
	Total			
Sekiranya jumlah skor < 20, pesakit ini memerlukan intervensi Jurupulih Perubatan (Carakerja)				

01.Layout Borang (W.E):Layout 1 11/16/14 4:08 AM Page 7

M. UKURAN ANTHROPOMETRI						
1.	Berat	kg	**TAFSIRAN UKURAN**			
2.	Tinggi	m	**Kurang berat badan** (BMI < 22.0)	**Normal** (BMI 22.0 - 27.0)	**Lebih berat badan** (BMI > 27.0)	
3.	BMI	kg/m^2	**Obesiti Tahap 1** (BMI 30.0 - 34.9)	**Obesiti Tahap 2** (BMI 35.0 - 39.9)	**Obesiti Tahap 3** (BMI > 40)	
4.	Tekanan Darah	mmHg	Normal < 120/80	Pre HPT < 140/90	HPT ≥ 140/90	
5.	Lilitan Pinggang	cm	Lelaki	Normal < 90 cm	Abnormal ≥ 90 cm	
			Wanita	Normal < 80 cm	Abnormal ≥ 80 cm	
6.	% Lemak Badan	%	Lelaki	Normal ≤ 25 %	Abnormal > 25 %	
			Wanita	Normal ≤ 25 %	Abnormal > 25 %	
Ukuran lilit pinggang & ujian anthropometri perlu diambilkira semasa interpretasi BMI dilakukan						

N. PEMERIKSAAN FIZIKAL (Tandakan ✓ di mana berkaitan)						
1.	General	Hydration	Poor		Good	
		Pallor	Yes		No	
		Nail Clubbing	Yes		No	
		Cyanosis	Yes		No	
		Jaundice	Yes		No	
		Ankle oedema	Yes		No	
		Nicotine stained teeth	Yes		No	
		Nicotine stained fingers	Yes		No	
		Odour of cigarette smoke	Yes		No	
		Skin (petechia, spider naevi etc, specify.....)	Abnormal*		Normal	
		Lymph nodes *(specify location)	Abnormal*		Normal	
2.	Eye	Visual acuity	Left		Right	
		Sclera	Icteric		Clear	
		Cataract	Yes		No	
		Fundus examination	Abnormal		Normal	

01.Layout Borang (W.E):Layout 1 11/16/14 4:08 AM Page 8

N. PEMERIKSAAN FIZIKAL (Tandakan ✓ di mana berkaitan)						
3.	Head & Neck	Leukoplakia at oropharynx	Yes		No	
		Thyroid enlargement	Yes		No	
		Parotid Swelling	Yes		No	
		Lump*(specify)……..	Yes		No	
		Others *(specify)…….....	Yes		No	
4.	Respiratory	Chest Expansion	Abnormal		Normal	
		Hyper-resonance	Yes		No	
		Air entry	Abnormal		Normal	
		Breath Sounds	Abnormal		Normal	
		Additional Sounds	Yes		No	
		Wheeze	Yes		No	
		Rhonchi	Yes		No	
		Crepitation	Yes		No	
5.	Cardiovascular	Peripheral pulses	Absent		Present	
			Irregular		Regular	
		Cardiomegaly	Yes		No	
		Heart Sound	Abnormal		Normal	
		Basal crepitation	Yes		No	
6.	Breasts	Left	Abnormal		Normal	
		Right	Abnormal		Normal	
		Axillae	Abnormal		Normal	
		Tenderness	Yes		No	
7.	Abdomen	Liver	Palpable		Not Palpable	
		Spleen	Palpable		Not Palpable	
		Ascites	Yes		No	
		Bowel sounds	Absent		Present	
		Others (specify):				

01.Layout Borang (W.E):Layout 1 11/16/14 4:08 AM Page 9

N. PEMERIKSAAN FIZIKAL (sambungan)							
8.	Musculoskeletal	Gait		Abnormal		Normal	
		Spinal deformity		Abnormal		Normal	
		Pelvic deformity		Abnormal		Normal	
		Upper limb	Tone	Abnormal		Normal	
			Power	Abnormal		Normal	
			Others (specify)				
		Lower limb	Tone	Abnormal		Normal	
			Power	Abnormal		Normal	
			Others (specify)				
9.	Nervous System	Sensation		Abnormal		Normal	
		Reflexes		Abnormal		Normal	
10.	Reproductive/ Genitourinary	Inguinal swelling/ lump		Yes		No	
		WANITA					
		Genitalia		Abnormal		Normal	
		Vaginal speculum examination		Abnormal		Normal	
		Vaginal examination		Abnormal		Normal	
		Pap smear		Not taken		Taken	
		~~Heart Sound~~		~~Abnormal~~		~~Normal~~	
		LELAKI					
		Penile abnormality		Yes		No	
		Inguinal swelling / lump		Yes		No	
		Testicular volume		Abnormal		Normal	
		Scrotal contents		Abnormal		Normal	

01.Layout Borang (W.E):Layout 1 11/16/14 4:08 AM Page 10

O. RISIKO/ MASALAH KESIHATAN DIKESAN (Tandakan ✓ dan nyatakan)		
	Jenis Risiko	**Perincian**
1.	Sejarah Keluarga	
2.	Sejarah Perubatan/ Pembedahan	
3.	Gejala Semasa	
4.	Pemakanan Tidak Sihat	
5.	Masalah Oral	
6.	Tidak Aktif Secara Fizikal	
7.	Pengambilan Bahan/ Ubatan	
8.	Penderaan	
9.	Kesihatan Mental	
10.	Risiko Jatuh	
11.	Kebergantungan ADL	
12.	Ukuran Anthropometri Abnormal	
13.	Pemeriksaan Fizikal Abnormal	
14.	Lain-Lain (Nyatakan)	

01.Layout Borang (W.E):Layout 1 11/16/14 4:08 AM Page 11

P. PENGENDALIAN RISIKO/ MASALAH KESIHATAN *

*Sila rujuk

1. Garispanduan Pelaksanaan Perkhidmatan Warga Emas di Peringkat Daerah, Klinik Kesihatan dan Penglibatan Komuniti Edisi 2
2. Manual Pengendalian Kes Dementia di Peringkat Penjagaan Kesihatan Primer

1.	Promosi & Pendidikan	
2.	Pemberian Risalah/ Bahan Pendidikan Kesihatan	
3.	Khidmat Nasihat/ Kaunseling	
4.	Rujukan Dietician/ Nutritionist	
5.	Rawatan Farmakologikal	
6.	Rujukan Pakar/ Agensi-Agensi Berkaitan	
7.	Penyiasatan/ Investigation	
8.	Temujanji/ Susulan	
Tarikh:		Tandatangan, Nama & Cop Jawatan:

01.Layout Borang (W.E):Layout 1 11/16/14 4:08 AM Page 12

Q. PANDUAN PENGENDALIAN RISIKO/ MASALAH KESIHATAN*			
*Sila rujuk 1. Buku Garis Panduan Melaksanakan Perkhidmatan Warga Emas di Peringkat Daerah, Klinik Kesihatan dan Penglibatan Komuniti Edisi 2 2. Manual Pengendalian Kes Dementia di Peringkat Penjagaan Kesihatan Primer			
Risiko Kanser			
• NPC	Nasihat & Risalah Kanser NPC		
• Kolorektal	Stool Occult Blood	Rujukan ke Pegawai Perubatan	
• Paru-paru	CXR	Rujukan ke Pegawai Perubatan	
• Payudara	Pemeriksaan Klinikal Payudara	Rujukan ke Pegawai Perubatan	
• Testis	Rujukan ke Pakar Perubatan Keluarga		
Risiko Tuberkulosis	Sputum AFB	CXR	Risalah Etika Batuk
Masalah Seksual Reproduktif	Rujuk Pakar Perubatan Keluarga		
Risiko Diabetes	FBS/ RBS	Nasihat & Risalah Penyakit Diabetes	
Risiko Kardiovaskular	ECG	Lipid profile	Risalah
Pemakanan Tidak Sihat	Nasihat & Risalah pemakanan sihat		
Pengambilan Bahan	Rokok-Fagerstrom	Dadah-ASSIST	Alkohol-AUDIT
Tidak Aktif Secara Fizikal	Nasihat & Risalah Aktiviti Fizikal		
Risiko Didera	Rujukan ke Pegawai Perubatan		
Kesihatan Mental	Rujukan ke Pakar Perubatan Keluarga		
Tekanan Darah Abnormal	Diari BP	Nasihat & Risalah Penyakit Hipertensi	
Masalah Berat Badan	Risalah Pemakanan Sihat		
Risiko Jatuh	Rujukan ke Jurupulih Perubatan (Anggota)		
Kebergantungan ADL	Rujukan ke Jurupulih Perubatan (Carakerja)		
Masalah Oral	Rujukan ke Pegawai Pergigian		

Tahniah!

Kenalpasti dan tangani risiko kesihatan anda

Untuk maklumat lanjut, sila layari :
www.myhealth.gov.my
www.infosihat.gov.my / http://fh.moh.gov.my