

BORANG PENDAFTARAN PROGRAM PEMERIKSAAN KESIHATAN KEBANGSAAN (PPKK) NATIONAL HEALTH SCREENING PROGRAMME (NHSP) REGISTRATION FORM

Sila isikan (jika berkenaan) dengan lengkap / *Please fill in (if applicable) the form completely*
[Soalan yang mempunyai tanda * adalah wajib diisi / *Questions marked with * are compulsory*]

Nama Penuh (seperti dalam KP) / Full Name (as per IC): * [HURUF BESAR / CAPITAL LETTERS]																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; height: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																																								
No. & Warna Kad Pengenalan Pintar / Identity Card No. & Colour: * [Contoh / E.g.: 00-123456]																																																																								
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>			-								<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;">Kuning / Yellow</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;">Merah / Red</td> </tr> </table>	Kuning / Yellow		Merah / Red																																																										
		-																																																																						
Kuning / Yellow		Merah / Red																																																																						
No. Bru-HIMS / Bru-HIMS No:	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 10%;">BN</td> <td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td><td style="width: 5%;"> </td> </tr> </table>	BN																																																																						
BN																																																																								
Jantina / Gender: * [sila tanda (/) / <i>please tick (/)</i>]	<table style="width: 100%;"> <tr> <td style="width: 50%; border: 1px solid black; padding: 5px;">Lelaki / Male</td> <td style="width: 5%;"></td> <td style="width: 45%; border: 1px solid black; padding: 5px;">Perempuan / Female</td> <td style="width: 5%;"></td> </tr> </table>	Lelaki / Male		Perempuan / Female																																																																				
Lelaki / Male		Perempuan / Female																																																																						
Tarikh Lahir/ Date of Birth: *	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td style="width: 5%;"><i>d</i></td><td style="width: 5%;"><i>d</i></td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"><i>m</i></td><td style="width: 5%;"><i>m</i></td><td style="width: 5%;">-</td><td style="width: 5%;"><i>y</i></td><td style="width: 5%;"><i>y</i></td><td style="width: 5%;"><i>y</i></td><td style="width: 5%;"><i>y</i></td> </tr> <tr> <td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td>-</td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td> </tr> </table>	<i>d</i>	<i>d</i>	-	<i>m</i>	<i>m</i>	-	<i>y</i>	<i>y</i>	<i>y</i>	<i>y</i>			-			-																																																							
<i>d</i>	<i>d</i>	-	<i>m</i>	<i>m</i>	-	<i>y</i>	<i>y</i>	<i>y</i>	<i>y</i>																																																															
		-			-																																																																			
Umur / Age: *	<table border="1" style="width: 50px; height: 30px; border-collapse: collapse;"> <tr><td> </td><td> </td></tr> </table>																																																																							
Serviks: 25-65 tahun sahaja / Cervical: 25-65 years old only Payudara: 40-69 tahun sahaja / Breast: 40-69 years old only Kolorektal: 50-75 tahun sahaja / Colorectal: 50-75 years old only Kardiovaskular: 40 tahun ke atas / Cardivaskular: 40 years old & above																																																																								
No. telefon / Contact No.: * [Penting: Sila berikan sekurang-kurangnya dua nombor telefon yang mudah dihubungi / <i>Important: Please provide at least two numbers which can be easily reached</i>]	<hr style="width: 80%; margin: 0 auto;"/>																																																																							
Alamat tempat tinggal sekarang / Current address of residence: *																																																																								

Daerah / District: [sila tanda (/) / please tick (/)]	<input type="checkbox"/> Brunei-Muara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Tutong	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/> Belait	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Temburong	<input type="checkbox"/>

Sila tandakan pusat kesihatan kawasan tadahan biskita (/) / Tick your catchment area health centre (/)

<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan Berakas	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan Lamunin	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan PAPHMWHB, Gadong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan Sungai Kelugos	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan Jubli Perak, Sengkurong	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan Telisai	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan Muara	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan Kuala Belait	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan PAPHRSB, Sg Asam	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan Seria	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan Pengkalan Batu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan Sungai Liang	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan Jubli Emas Bunut	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Klinik Kesihatan Labi	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan Sg Besar*	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Hospital PIHM, Temburong	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pusat Kesihatan Pekan Tutong	<input type="checkbox"/>		

*Klinik kesihatan wanita sahaja / Well-Women Clinic only

Sila tandakan pemeriksaan kesihatan pilihan awda (/) / Please tick the health screening of your choice (/)

Awda boleh memilih lebih daripada satu program kesihatan / You can choose more than one health screening

<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Faktor Risiko Penyakit Kardiovaskular / Cardiovascular Risk Factors Screening	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Kanser Payudara / Breast Cancer Screening	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Kanser Kolorektal (FIT) / Colorectal Cancer Screening (FIT)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Pemeriksaan Kanser Serviks / Cervical Cancer Screening	<input type="checkbox"/>

Dengan menurunkan tandatangan di borang ini, saya memberi kebenaran kepada pihak Kementerian Kesihatan untuk membuat pemeriksaan kesihatan ke atas diri saya dan juga menggunakan maklumat yang diberikan untuk tujuan kajiselidik bagi meningkatkan lagi kualiti kesihatan rakyat dan penduduk di Negara Brunei Darussalam.

By signing this form, I hereby give my consent to the Ministry of Health to do health screening on me and also use the data or information for research purposes in order to enhance the quality of health among the citizens and residents of Brunei Darussalam.

Tandatangan
Signature _____

Tarikh
Date _____

Nota/ Note: Setelah borang ini sudah diisi, sila masukkan ke dalam peti khusus yang telah disediakan di pusat kesihatan kawasan tadahan biskita ataupun, biskita boleh scan atau gambar dan emel kepada health.screening@moh.gov.bn

Once this form has been filled, you may drop it off into a specified dropbox at your catchment area health centre or alternatively, you may either scan or take photo and e-mail to health.screening@moh.gov.bn