

PrePregnancy Care Screening Form

Download:

- [prepregnancy care screening form](#)

BORANG SARINGAN PRE-PREGNANCY CARE DI SARAWAK		PPC 1/2011
1. BIODATA		
Nama:.....		
I.C :		
Alamat rumah:.....		
Tel efon:.....		
Umur: <input type="text"/> <input type="text"/> tahun	Warganegara:	
	a. warganegara Malaysia	<input type="checkbox"/>
	b. Bukan warganegara	<input type="checkbox"/>
Tahap pendidikan:	Status Perkahwinan	
a. Tidak bersekolah <input type="checkbox"/>	a. Bujang	<input type="checkbox"/>
b. sekolah rendah <input type="checkbox"/>	b. Berkahwin	<input type="checkbox"/>
c. sekolah menengah <input type="checkbox"/>	c. Janda/Balu/Duda	<input type="checkbox"/>
d. kolej/institusi/ universiti <input type="checkbox"/>		
Pendapatan seisi rumah (sebulan)	Bangsa	
a. <RM 500 <input type="checkbox"/>	Melayu	<input type="checkbox"/>
b. RM 501-RM 999 <input type="checkbox"/>	Cina	<input type="checkbox"/>
c. ≥ RM 1000 <input type="checkbox"/>	Melanau	<input type="checkbox"/>
	Iban	<input type="checkbox"/>
	Bidayuh	<input type="checkbox"/>
	Lain-lain	<input type="checkbox"/>
2. PERIHAL RIWAYAT (HISTORY)		
Parity <input type="checkbox"/>	Perancang Keluarga	OCP <input type="checkbox"/>
Keguguran(Abortion) <input type="checkbox"/>		IUD <input type="checkbox"/>
Immunisasi	Ya	Tidak
Rubella <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hepatitis B <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tetanus <input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Immunisasi lain:.....		Barrier <input type="checkbox"/>
		Injection <input type="checkbox"/>
		Implant <input type="checkbox"/>
		Sterilization <input type="checkbox"/>
		Withdrawal <input type="checkbox"/>
		Traditional <input type="checkbox"/>
		Tiada(None) <input type="checkbox"/>
Sejarah Menstrual		
a. Menarche <input type="checkbox"/> tahun		
b. Kitaran(Cycle) <input type="checkbox"/> hari		
c. Hari (duration) <input type="checkbox"/> hari		
d. Normal flow <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		
e. Dysmenorrhea <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak		