



Rujukan : KKM/600-30/4/2 JLD.3 (46)
Tarikh : 21 Jun 2017

SEPERTI SENARAI EDARAN

Y. Bhg. Datuk/Dato'/Datin/Tuan/Puan,

PENGUMPULAN MAKLUMAT IMUNISASI MELALUI PENGGUNAAN FORMAT RETEN DARIPADA PENGAMAL PERUBATAN SWASTA

Dengan segala hormatnya perkara di atas adalah dirujuk.

2. Pengamal perubatan swasta memainkan peranan yang penting dalam penjagaan kesihatan masyarakat di Malaysia. Laporan *National Health and Morbidity Survey 2016* mendapati seramai 6.2% kanak-kanak menerima imunisasi di fasiliti swasta. Data kanak-kanak yang menerima imunisasi daripada pengamal perubatan swasta akan memberikan gambaran sebenar liputan imunisasi di negara ini. Maklumat liputan imunisasi (*Immunisation coverage*) bukan sahaja dipantau di peringkat kementerian namun perlu dilaporkan kepada *World Health Organisation (WHO)*.
3. Maklumat ini juga diperlukan bagi memudahkan proses *defaulter tracing* serta membantu dalam mengenalpasti komuniti berisiko tinggi terhadap wabak penyakit cegahan vaksin.
4. Memandangkan pentingnya kerjasama daripada pengamal perubatan swasta dalam pemberian imunisasi serta mendapatkan data kanak-kanak yang menerima imunisasi, pihak kementerian telah mengadakan perbincangan dengan wakil-wakil persatuan pengamal perubatan swasta, Bahagian Amalan Perubatan dan Pegawai Undang-undang kementerian untuk membentuk format reten bagi mendapatkan maklumat individu kanak-kanak yang diberi imunisasi oleh pengamal perubatan swasta, dengan mengambil kira Akta dan Peraturan berkaitan perkongsian data pesakit.

5. Ibubapa/penjaga dikehendaki menandatangani borang persetujuan sedia ada (*consent form*) bagi perkongsian maklumat yang direkodkan dalam format seperti di lampiran. Bagi ibubapa/penjaga yang tidak memberi persetujuan, hanya maklumat umur dan jenis imunisasi yang diberi yang perlu direkodkan.

6. Bersama ini dilampirkan Format Reten Perkhidmatan Imunisasi Kanak-kanak (0 – <6 tahun) di Fasilitas Swasta. Ia boleh dimuat turun dari laman sesawang BPKK iaitu fh.moh.gov.my.


7. Reten perlu dihantar setiap bulan iaitu pada atau sebelum 10hb bulan berikutnya kepada Pejabat Kesihatan Daerah masing-masing di mana lokasi pengamal perubatan swasta berada.

8. Kerjasama YBhg. Datuk/Dato'/Datin/Tuan/Puan dalam memastikan keberkesanan pelaksanaan penggunaan format reten ini amatlah diharapkan.

Sekian, terima kasih.

"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"

Yang Benar,


(DATUK DR. NOOR HISHAM ABDULLAH)
Ketua Pengarah Kesihatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

s.k.

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam)
Kementerian Kesihatan Malaysia

Pengarah
Bahagian Amalan Perubatan, KKM

Pengarah
Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, KKM

Pengarah
Bahagian Kawalan Penyakit, KKM

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
Imunisasi (Tandakan (/) pada kolum yang berkaltan	
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 Ibubapa/Penjaga diperolehi (Ya/Tidak)	Sila tanda 'YA' sekiranya ibubapa/penjaga memberi kebenaran penggunaan rekod imunisasi untuk tujuan reten/perkongsian data dengan Kementerian Kesihatan Malaysia *Sekiranya ibubapa/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**

