UNIT KECEMASAN DAN TRAUMA HOSPITAL TANJUNG KARANG
REKOD PROSEDUR KES *ASTHMA*

BIL	TARIKH	NAMA	R/N	UMUR	KATEGORI KES	PEFR *BEFORE*	RAWATAN & MASA				PEMERIKSA
							1st NEB	PEFR *(AFTER)*	*2nd NEB*	*3rd NEB*	