



JABATAN KESIHATAN NEGERI SELANGOR
Tingkat M,9, 10,11,14,17 & 18 , No.1, Wisma Sunway
Jalan Tengku Ampuan Zabedah C 9/C , Seksyen 9
40100 Shah Alam
Selangor Darul Ehsan



Tel : 03-5123 7333,03-5123 7334,03-5123 7335,03-5123 7401
Faks : 03-5123 7202 (Pengarah),03-5123 7209 (Pengurusan),
03-5123 7299 (Perubatan),03-5123 7389 (Pergigian),
03-5123 7399(Kesihatan Awam),03-5123 7402 (BKMM),
03-5123 8604 (Farmasi)

Portal Rasmi : www.jknselangor.moh.gov.my

Ruj. Kami : JKNS/KA/EPID/730/03 JLD.20 (27)

Tarikh : 29 November 2022

SEPERTI SENARAI EDARAN

Tuan/Puan,

PERINGATAN UNTUK NOTIFIKASI KES HUMAN INFLUENZA, GIGITAN HAIWAN BERISIKO RABIES DAN ACUTE FLACCID PARALYSIS MENGGUNAKAN KAEDAH NOTIFIKASI YANG BETUL

Dengan segala hormatnya merujuk kepada perkara di atas.

2. Untuk makluman, hasil analisa Unit Survelan & Kesiapsagaan dan Unit Kawalan Penyakit Berjangkit Jabatan Kesihatan Negeri Selangor mendapati banyak notifikasi kes Avian Influenza, Rabies dan Poliomyelitis tidak berasaskan diagnosis yang tepat. Sehingga Minggu Epid 44, sebanyak 9,570 kes **Human Influenza** yang dinotifikasi sebagai Avian Influenza di dalam sistem eNotifikasi. Terdapat juga 25 notifikasi **Acute Flaccid Paralysis** yang dinotifikasi sebagai **Acute Poliomyelitis** dan 121 notifikasi **gigitan haiwan berisiko Rabies** yang dinotifikasikan sebagai **penyakit Rabies** di dalam sistem eNotifikasi.

3. Sehubungan itu, bagi kes **Human Influenza**, ianya boleh dinotifikasi ke **Pejabat Kesihatan Daerah** terdekat melalui kaedah emel. Manakala bagi **Acute Flaccid Paralysis (AFP)** ianya perlu dinotifikasi melalui **Borang Siasatan AFP (Annex 1)** seperti di **Lampiran 1** dan bagi **gigitan haiwan berisiko Rabies** juga perlu dinotifikasi menggunakan **borang khas** yang telah dikemaskini seperti di **Lampiran 2 (Annex 1a/1b)**. Ketiga-tiga jenis kejadian ini **tidak perlu dinotifikasi dalam sistem eNotifikasi**.

4. Oleh yang demikian, pihak tuan/puan adalah dimohon untuk memastikan kualiti notifikasi bagi penyakit-penyakit yang wajib dinotifikasi dapat dipertingkatkan melalui kemaskini data yang meliputi **pengisian maklumat klinikal** di ruangan yang disediakan serta **maklumat sampel ujian** yang dijalankan. Bersama-sama ini disertakan pautan QR code bagi memuat turun buku **Case Definitions for Infectious Diseases in Malaysia 3rd Edition January 2017** bagi membantu pihak tuan/puan melakukan notifikasi penyakit berjangkit dengan tepat dan sempurna.

PENYAYANG, PROFESIONALISME DAN KERJA BERPASUKAN ADALAH BUDAYA KERJA KITA



CERTIFIED TO ISO 9001: 2015
CERT. NO. QMS 01508

PERINGATAN UNTUK NOTIFIKASI KES HUMAN INFLUENZA, GIGITAN HAIWAN BERISIKO RABIES DAN ACUTE FLACCID PARALYSIS MENGGUNAKAN KAEDAH NOTIFIKASI YANG BETUL

5. Sebarang kemusykilan dan pertanyaan boleh dikemukakan kepada **Dr. Muhammad Haikal Bin Ghazali, Ketua Unit Survelan & Kesiapsagaan** di talian **03 – 5123 7322** atau emel survelanjks@moh.gov.my. Segala perhatian dan kerjasama dari pihak tuan/puan adalah amat dihargai dan didahului dengan ucapan terima kasih.

Sekian.

“WAWASAN KEMAKMURAN BERSAMA 2030”

“BERKHIDMAT UNTUK NEGARA”

Saya yang menjalankan amanah,



(DATO' INDERA DR SHA'ARI BIN NGADIMAN)
No. Pendaftaran Penuh MPM: 26842, NSR: 127761
Pengarah Kesihatan Negeri Selangor

s.k

Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri Selangor (Kesihatan Awam)
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor

Timbalan Pengarah Kesihatan Negeri Selangor (Perubatan)
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor

Ketua - Unit Kesihatan Primer

- Unit Kawalan Penyakit Berjangkit
- Cawangan Kawalan Amalan Perubatan Swasta (CKAPS)

Mohon edar kepada semua fasiliti swasta di Selangor

PERINGATAN UNTUK NOTIFIKASI KES HUMAN INFLUENZA, GIGITAN HAIWAN BERISIKO RABIES DAN ACUTE FLACCID PARALYSIS MENGGUNAKAN KAEDAH NOTIFIKASI YANG BETUL

SENARAI EDARAN

1. Pengarah Hospital,
Hospital Ampang
2. Pengarah Hospital,
Hospital Banting
3. Pengarah Hospital,
Hospital Kajang
4. Pengarah Hospital,
Hospital Kuala Kubu Bharu
5. Pengarah Hospital,
Hospital Orang Asli Gombak
6. Pengarah Hospital,
Hospital Selayang
7. Pengarah Hospital,
Hospital Serdang
8. Pengarah Hospital,
Hospital Sungai Buloh
9. Pengarah Hospital,
Hospital Tanjung Karang
10. Pengarah Hospital,
Hospital Tengku Ampuan Jemaah (HTAJ)
11. Pengarah Hospital,
Hospital Tengku Ampuan Rahimah (HTAR)
12. Pengarah Hospital,
Hospital Shah Alam
13. Pegawai Kesihatan Daerah,
Pejabat Kesihatan Daerah Klang
14. Pegawai Kesihatan Daerah,
Pejabat Kesihatan Daerah Gombak

**PERINGATAN UNTUK NOTIFIKASI KES HUMAN INFLUENZA, GIGITAN HAIWAN
BERISIKO RABIES DAN ACUTE FLACCID PARALYSIS MENGGUNAKAN
KAEDAH NOTIFIKASI YANG BETUL**

15. Pegawai Kesihatan Daerah,
Pejabat Kesihatan Daerah Sabak Bernam
16. Pegawai Kesihatan Daerah,
Pejabat Kesihatan Daerah Petaling
17. Pegawai Kesihatan Daerah,
Pejabat Kesihatan Daerah Kuala Langat
18. Pegawai Kesihatan Daerah,
Pejabat Kesihatan Daerah Kuala Selangor
19. Pegawai Kesihatan Daerah,
Pejabat Kesihatan Daerah Hulu Langat
20. Pegawai Kesihatan Daerah,
Pejabat Kesihatan Daerah Hulu Selangor
21. Pegawai Kesihatan Daerah,
Pejabat Kesihatan Daerah Sepang
22. Pegawai Kesihatan,
Pejabat Kesihatan KLIA
23. Pegawai Kesihatan,
Pejabat Kesihatan Pelabuhan Klang

Lampiran 1 Annex 1

Acute Flaccid Paralysis Case Investigation Form								
Ministry of Health, Malaysia								
1	CASE I.D. + PLACE	Name:	Gender:	DOB:	Age:	Hospital Regist No.:		
		Mother's N:	Father's N:	District:	State:			
Residential Address:								
2	REFERRAL & REPORTING	Child initially seen at:			Date first seen:			
		Date of report to EPI/MOH:			Person reporting:			
		Report from where? (Institution)			Attending physician:		Tel. No.:	
	Remarks:							
3	HISTORY & PHYSICAL EXAMINATION	Onset of paralysis (date):			No. of days to maximum paralysis:			
		Main history source: 1. Parents 2. Chart 3. Doctor/Nurse						
		At onset (paral.): Fever: Y/N Diarrhoea: Y/N Cough: Y/N Other:						
	P A S T H I S T O R Y (last 30 days):			O N E X A M I N A T I O N (date):		S I T E O F P A R A L Y S I S:		
	Injections?	Yes No	FLACCID Paralysis?	Yes No	(grade mot. strength: 0=abs. to 5=full)			
	Recent trauma or animal bite?	Yes No	Meningeal signs (stiff neck):	Yes No	left arm _____	right arm _____		
	Any existing neurological disease?	Yes No	Paralysis symmetric/asymmet.	Symmetric Asymmet.	left leg: _____	right leg: _____		
	Any recent travel? (Specify below)	Yes No	Deep tendon reflexes:	Norm. Red. Abs.	respir.: yes / no face: yes / no			
	Similar case among contacts?	Yes No	Any sensory loss?	Yes No	others (specify): _____			
	Remarks:							
4	PRELIMINARY DIAGNOSIS:	A F P:	1. Poliomyelitis 2. Guillain-Barre 3. Transverse Myelitis 4. Traum. Neuritis 5. Myasthenia Gravis 6. Viral Myositis					
			7. Periodic Paralysis 8. Demyelinating Diseases 9. Cord Compression Diseases 10. Others :					
	Name of investigator:			Date:		Signature:		
	Address of investigator:							
Remarks:								
5	IMMUNISATION HISTORY / ORI	Immunisation card available? Yes / No			Total No. of OPV doses received:			
		Main reason for not fully immunised: 1. not informed 2. illness 3. refusal 4. unknown 5. other: _____						
	Dates: OPV1	OPV2	OPV3	OPV4	OPV5	OPV6	OPV7	Last OPV
	Remarks:							
6	LAB. INFO	Date collected:	Date sent:	Date rec. BMR:	Pos. CPE (IMR):	BMR: PV-Type	Date sent to Ref.:	Ref. Lab. Result:
	Stool 1: Yes / No				Yes / No	1 2 3	Negative	wild/vacc. T: 1 2 3
	Stool 2: Yes / No				Yes / No	1 2 3		wild/vacc. T: 1 2 3
	Remarks: Complete Immunizations							
7	FOLLOW-UP	Case examined >= 60 days after onset paralysis? Yes / No			Date of examination:			
	Date:	If not seen, why not?			Paralysis/Weakness still present? Yes / No			
	Site of residual paralysis: Right leg: Y / N Left leg: Y / N Right arm: Y / N Left arm: Y / N Face: Y / N Other:							
	Ability to walk:	1. Cannot walk 2. Walks with assistance 3. Limp 4. Walks normally			Exam. physician:			
	Remarks:							
8	FINAL DIAGNOSIS - DATE:		(CONFIRMED POLIO or discarded as polio; Expert Review Committee)					
	1. CONFIRMED	> Virus isolation: Yes / No Residual paralysis: Yes / No Death: Yes / No Lost to follow-up: Yes / No						
	2. DISCARDED	1. Guillain-Barre 2. Transverse Myelitis 3. Traumatic Neuritis 4. Unknown 5. Other: _____						
	Remarks:							
NOTE : Please Fax AFP case investigation form to: 1. Dr. Zailah Abdullah, Disease Control Division, MOH (Fax No. 03 - 88886270) 2. Virology Department, Institute for Medical Research (IMR), KL (Fax No:03 - 26936323) with adequate stool samples. 3. Nearest District Health Office Second AFP Case Investigation form should be sent after 60 days with follow up result to the above fax.								

DOG/ ANIMAL BITE CASE NOTIFICATION
FORM

To:

PEJABAT KESIHATAN DAERAH.....

JABATAN PERKHIDMATAN VETERINAR DAERAH

Notification Date:

PATIENT'S CONDITION	
Name	
Identification Card No.	
Gender	
Age	
Race	
Mother/ Father Name	
Current Home Address	
Locality (To Be Filled By PKD)	
Telephone Number	
Date and Time of Bite	
Date and Time of Treatment Received	
RISK CATEGORY (please tick)	
Category 1 ()	Touching / feeding animal. Licking of intact skin
Category 2 ()	Nibbling of uncovered skin. Superficial scratch, no bleeding. Licking of broken skin.
Category 3 ()	<ul style="list-style-type: none"> • Bites / scratches which penetrate the skin and draw blood. • Licking mucous membrane. • Multiple bites • Any wild animals bites
ANIMAL STATUS	
Type of Animal	() Dog () Cat () Others (Please justify:)
Address where dog/ animal bite occurred	
Locality (To be filled PKD)	

Status of the animal	<input type="checkbox"/> Pet fully confined within house compound <input type="checkbox"/> Pet that mixed with strays <input type="checkbox"/> Stray (including unknown status)
Status of License	<input type="checkbox"/> Licensed <input type="checkbox"/> Unlicensed
Reason of the dog/animal bite?	
Is the dog/ cat/ animal behaving normally?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know
Is the animal still alive?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Don't know
Can the animal be identified?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
Can the animal be observed by the owner for 14 days?	<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No

ACTION		NAME OF OFFICER	POST BITE CLINIC	HEALTH FACILITY	DATE OF APPOINTMENT
Reference	FMS				
	ID Physician				
	Others				
Out-patient					

VACCINE RECORD (TYPE OF VACCINATION)	
RIG Date	
Rabies vaccine date	
Dosage Intramuscular/ intradermal
Vaccine batch number	
NOTIFIER INFORMATION	
Signature	
Name	
Designation	
Hospital/ Clinic	
Date	
Phone No.	

NOTE: This form must be filled by the medical practitioner who manages the dog/animal bite. Please make sure all columns are filled.

Duration of Feedback from the DVS to PKD following priority:

NO.	CATEGORY	DURATION OF FEEDBACK
1	URGENT case	<1 week
2	NON-URGENT case	For info



Pautan Rujukan



