

**BORANG SARINGAN KESIHATAN /  
HEALTH SCREENING FORM**

KEMENTERIAN PENGAJIAN TINGGI

1. **Adakah anda sedang mengalami gejala-gejala berikut?**  
*Do you have these symptoms?*
- |   |          |            |
|---|----------|------------|
| a) Demam / <i>Fever</i>                         | Ya / Yes | Tidak / No |
| b) Batuk / <i>Cough</i>                         | Ya / Yes | Tidak / No |
| c) Selsema / <i>Flu</i>                         | Ya / Yes | Tidak / No |
| d) Sesak nafas / <i>Difficulty in breathing</i> | Ya / Yes | Tidak / No |
- Nota:**  
**Sila lampirkan dokumen berkaitan kesihatan anda sekiranya ada**  
**Please attach any documents related to your health if any.**
2. **Adakah anda pernah disahkan positif COVID-19 dalam tempoh 14 hari lepas?**  
*Have you being declared as a positive COVID-19 for the last 14 days?*
- |  |          |            |
|--|----------|------------|
|  | Ya / Yes | Tidak / No |
|--|----------|------------|
3. **Adakah anda mempunyai kontak rapat dengan mereka yang disahkan POSITIF COVID-19 dalam tempoh 14 hari lepas?**  
*Do you have history of close contact with anyone who has been Diagnosed as COVID19 POSITIVE for the last 14 days?*
- |  |          |            |
|--|----------|------------|
|  | Ya / Yes | Tidak / No |
|--|----------|------------|
4. **Adakah anda mempunyai sejarah perjalanan ke luar negara dalam tempoh 14 hari yang lepas ATAU sedang menjalani perintah kawalan kuarantin di rumah yang diarahkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia?**  
*Do you have history of travelling to overseas for the last 14 days and currently under strict home quarantine as instructed by Ministry of Health Malaysia?*
- |  |          |            |
|--|----------|------------|
|  | Ya / Yes | Tidak / No |
|--|----------|------------|
5. **Adakah anda mempunyai sejarah perjalanan ke kawasan Zon Merah atau dari negeri Sabah dalam tempoh 14 hari yang lepas?**  
*Do you have history of travelling to Red Zone area or from Sabah for the last 14 days?*
- |  |          |            |
|--|----------|------------|
|  | Ya / Yes | Tidak / No |
|--|----------|------------|

**Saya mengesahkan bahawa semua maklumat yang diberikan adalah betul dan tepat. Tindakan boleh dikenakan jika maklumat yang diberikan adalah palsu.**

*I hereby declare that all the information given in this form is true and correct. Action can be taken if the information provided is false.*

**Nama / Name :** .....

**Tarikh / Date :** .....

*Definition close contact :*

- Health care associated exposure, including providing direct care for COVID-19 patients, working with health care workers infected with COVID-19, visiting patients or staying in the same close environment of a COVID-19 patient.*
- Working together in close proximity or sharing the same classroom environment with a with COVID19 patient*
- Traveling together with COVID-19 patient in any kind of conveyance*
- Living in the same household as a COVID-19 patient*

**Pengesahan Pegawai**

Permohonan ini telah disemak dan maklumat oleh pemohon disahkan benar

-----  
(Tandatangan)

Nama :  
Jawatan :  
Tarikh :