

BORANG PERMOHONAN MAKLUMAT /DATA PESAKIT

A. MAKLUMAT PEMOHON

NAMA : _____

JAWATAN : _____

JABATAN/UNIT : _____

NO. TEL/SAMB : _____

E-MAIL : _____

B. BUTIRAN MAKLUMAT YANG DIPERLUKAN

BIL.	JENIS DATA/MAKLUMAT	TAHUN	KOD ICD/ICD9	CATATAN
1.				
2.				
3.				

Tujuan data/maklumat diperlukan: _____

Perakuan Permohonan

Kelulusan Penyelia/Pegawai Unit

Nama :
Tandatangan & Chop
Tarikh :

Nama :
Tandatangan & Chop
Tarikh :

<p>UNTUK KEGUNAAN PEJABAT Disediakan oleh : Tandatangan : Tarikh :</p>

Nota:

- * 1. Setiap permohonan perlu lengkap
2. Sila lampirkan salinan surat kelulusan daripada Jawatankuasa Etika Penyelidikan Manusia (JEPeM) atau borang permohonan penggunaan data pesakit, perkhidmatan Makmal dan lain-lain di Hospital USM
3. Permohonan akan diproses dalam masa 5 hari bekerja.