BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN NEGERI MELAKA

DAFTAR PENGAMBILAN X-RAY

Bilangan	X-ray			Tarikh Diambil	Nama Pesakit	No. Pemfailan		*View (PA/BW/O)	Gigi/Kawasan	Dipesan oleh: (PP)	Diambil oleh: (PP)	Diproses oleh: (PP/PPP)	Status Kualiti X-ray		Sebab X-ray Ditolak**			
	No.siri	Baru	Ulangan			No. P'lan (Pesakit Luar)	No. Ortho (Pesakit Orto)						Diterima	Ditolak	Terlalu Gelap/Cerah	Kawasan Tidak Diambil	Terlalu panjang/pendek (distortion)	Lain-lain (sebutkan)

* PA = Periapical / BW= Bitewing / O = Occlusal

** X-ray ditolak kerana defek (rejected due to defect)