

**PERKHIDMATAN PERGIGIAN RESTORATIF BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN KKM
 BORANG RUJUKAN**

Tel:

Kepada:		
Tarikh Rujukan :		No Pendaftaran:
Nama Pesakit:		No Tel pesakit/waris:
Umur	Jantina:	No Kad Pengenalan:
Riwayat Perubatan:		
Riwayat Pergigian:		
Aduan dan riwayat aduan:		
Pemeriksaan:		
Penyiasatan Radiograf yang dilampirkan: Periapikal <input type="checkbox"/> OPG <input type="checkbox"/> lain-lain <input type="checkbox"/> Ulasan:		
Jenis Kes: Kes : <input type="checkbox"/> Endodontik <input type="checkbox"/> <i>Fixed Prosthodontics</i> <input type="checkbox"/> <i>Removable Prosthodontics</i> Lain-lain (nyatakan)		
Complexity Assessment (1= rendah, 2=sederhana, 3=sukar)		
RCT Kod kesukaran: +-----+-----+ 1 2 3 Faktor pengubah: Ada/Tiada Skor Final RDITN: 1 / 2 / 3	Fixed Prosthodontics Kod kesukaran: +-----+-----+ 1 2 3 Faktor pengubah: Ada/Tiada Skor Final RDITN: 1 / 2 / 3	Removable Prosthodontics Kod kesukaran: +-----+-----+ 1 2 3 Faktor pengubah: Ada/Tiada Skor Final RDITN: 1 / 2 / 3
Diagnosis:		
Catatan (jika ada):		
Sekian, untuk tindakan selanjutnya. Terima Kasih		
Tandatangan:		
Nama:		
Tempat Bertugas:		