

**BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN SELANGOR
BORANG RUJUKAN PERGIGIAN RESTORATIF**

Kepada:		
Tarikh Rujukan :		No. Pendaftaran :
Nama Pesakit :		No. Tel pesakit/waris :
Umur :	Jantina :	No. Kad Pengenalan :
Riwayat Perubatan:		
Riwayat Pergigian:		
Aduan Pesakit:		
Pemeriksaan:		
Penyiasatan Radiograf yang dilampirkan: <input type="checkbox"/> Periapikal <input type="checkbox"/> OPG <input type="checkbox"/> Lain-lain		Jenis Kes: <input type="checkbox"/> Endodontik <input type="checkbox"/> Removable Prosthodontic <input type="checkbox"/> Fixed Prosthodontic <input type="checkbox"/> Lain-lain (nyatakan)
Ulasan:		
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 Prosthodontic Kod kesukaran: +--+--+ 1 2 3 Faktor pengubah: Ada/Tiada Skor Final RDITN: 1 / 2 / 3	Removable Prosthodontic Kod kesukaran: +--+--+ 1 2 3 Faktor pengubah: Ada/Tiada Skor Final RDITN: 1 / 2 / 3
Diagnosis:		
Catatan (jika ada):		
Tandatangan:		
Nama:		
Tempat Bertugas:		Tel: