

**BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN SELANGOR
BORANG RUJUKAN ORTODONTIK**

No.Telefon :

Kepada :		
Tarikh Rujukan :		No. Pendaftaran :
Nama Pesakit :		
Umur :	Jantina :	No. Kad Pengenalan :
No.Telefon pesakit/ ibubapa/ penjaga :		
Aduan Pesakit :		
Riwayat Perubatan :		
Riwayat Pergigian :		
Pemeriksaan : 1) Higin Mulut Tidak memuaskan <input type="checkbox"/> Sederhana <input type="checkbox"/> Baik <input type="checkbox"/> 2) Kehadiran Gigi <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> 3) Gigi Kekal Dicabut <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>		
Diagnosis :		
Maloklusi : <input type="checkbox"/> Kelas I <input type="checkbox"/> Kelas II/I <input type="checkbox"/> Kelas II/2 <input type="checkbox"/> Kelas III <input type="checkbox"/> Supernumerari <input type="checkbox"/> Hypodontia <input type="checkbox"/> Gigi Terimpak <input type="checkbox"/> Gigi Lambat Tumbuh <input type="checkbox"/> Tabiat <input type="checkbox"/> Overjet > 6mm Gigi <input type="checkbox"/> Desidus Tertinggal <input type="checkbox"/> Gigitan Silang - Ant/Post <input type="checkbox"/> Anterior Open Bite <input type="checkbox"/> Lain-lain :		
Penyiasatan Radiograf :		Skor IOTN :
<input type="checkbox"/> Periapikal <input type="checkbox"/> Oklusal <input type="checkbox"/> OPG Dilampirkan salinan penyiasatan radiograf yang dibuat. <input type="checkbox"/>		
Catatan :		
Sekian, untuk tindakan selanjutnya. Terima kasih.		
Tandatangan :		
Nama :		
Tempat Bertugas :		

Borang ini adalah sah laku sehingga 3 bulan dari tarikh rujukan.

Tarikh kuatkuasa :02/01/2025