



PUSAT ANTARABANGSA CASEMIX DAN PENGEKODAN KLINIKAL (ITCC)
BORANG PERMOHONAN DATA STATISTIK

SYARAT –SYARAT PERMOHONAN (WAJIB BACA)/ APPLICATION CONDITION (PLEASE READ):

- ✓ Borang permohonan hendaklah **DIISI DENGAN LENGKAP** di setiap ruangan yang disediakan / *The application form must be **COMPLETE** in each column provided*
- ✓ Borang permohonan **DITANDATANGANI & DICOP** oleh **KETUA JABATAN** atau **PENYELIA** pemohon.
*The application form must be **SIGNED & STAMPED** by the applicant's **HEAD OF DEPARTMENT** or **SUPERVISOR**.*
- ✓ Pemohon **WAJIB** menghantar salinan hasil Artikel / Penyelidikan atau Laporan yang telah selesai kepada ITCC
*Applicants **MUST** send a copy of the completed Article / Research or Report to ITCC*

PERINGATAN/ REMINDER:

Maklumat yang diberikan kepada pemohon adalah **SULIT DAN PERSENDIRIAN**. Dilarang menyebarkan maklumat pesakit kepada pihak lain tanpa kebenaran.

*Information provided to applicants are **PRIVATE AND CONFIDENTIAL**. Do not distribute patient information to other parties.*

**1. MAKLUMAT PEMOHON
APPLICANT DETAILS**

A.	NAMA/NAME	
B.	UKM PER/ID NO.	
C.	JABATAN/DEPARTMENT	
D.	EMEL /EMAIL	
E.	NO. TELEFON BIMBIT/ MOBILE NUMBER	

**2. TUJUAN PERMOHONAN :
PURPOSE OF APPLICATION :**

**3. TAJUK :
TITLE :**

4. PERAKUAN PEMOHON :

Dengan ini, saya bersetuju bahawa saya akan menghantar salinan hasil Artikel / penyelidikan atau Laporan kepada ITCC untuk keperluan rujukan.

APPLICANT ENDORSEMENT :

*I hereby agree that I will send a copy of the results of the Article / research or Report to ITCC for reference purposes. **APPLICANT***

ENDORSEMENT :

.....
Tandatangan Pemohon & Cop
Applicant Signature & Stamp

.....
Tarikh
Date

5. ULASAN KETUA JABATAN / PENYELIA :**RECOMMENDATION BY HEAD OF DEPARTMENT/SUPERVISOR :**

.....
Tandatangan & Cop
Signature & Stamp

.....
Tarikh
Date

6. SPESIFIKASI KOD YANG DIPOHON / SPECIFICATION OF CODE REQUESTED:

Diagnosis Penyakit/ Diseases Diagnosis: _____ Kod ICD 10 / ICD 10 Code: _____ Prosedur

/ Procedures: _____ Kod ICD 9-CM / ICD 9-CM Code: _____

Tempoh Data di Pohon/ Duration of data requested: _____

Statistik yang dipohon (Sila tanda ✓)

☐	Jumlah kemasukan mengikut kod ICD 10 WHO
☐	Jumlah kemasukan mengikut jantina
☐	Jumlah kemasukan mengikut umur
☐	Jumlah prosedur mengikut kod ICD 9 CM

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT / FOR OFFICE USE**Butiran Penerimaan Borang & Kelulusan Permohonan/ Application Receipt & Approval Details**

Tarikh Terima Permohonan Lengkap Date of Received of Complete Application	Kelulusan Ketua Jabatan ITCC Approval of ITCC Head of Department	Tandatangan & cop Ketua Jabatan ITCC Signature and stamp of ITCC Head of Department	Tarikh Penyediaan Data Date of Data Preparation
Nama Kakitangan Staff Name	☐ Diluluskan / Approved ☐ Tidak diluluskan / Not Approved		

Jika terdapat sebarang pertanyaan, sila hubungi kami di talian 03 – 9145 5730 (Syarifah) / 7779 (Nor Izzati) atau emel ke casemix@ppukm.ukm.edu.my / If you have any enquiries, please contact us at 03 – 9145 5730 (Syarifah) / 7779 (Nor Izzati) or directly email to casemix@ppukm.ukm.edu.my