



JABATAN KESIHATAN NEGERI SARAWAK
BORANG PEMERIKSAAN DAN PENILAIAN RISIKO
PUSAT KUARANTIN UNTUK PEKERJA BUKAN PEMASTAUTIN

(Borang ini perlu dicetak dan diisi sebelum pemeriksaan oleh Pegawai Kesihatan)

1. MAKLUMAT SYARIKAT (MAJIKAN)

Nama Syarikat	:		
No. Pendaftaran Syarikat	:		
Alamat Syarikat	:		
No. Telefon Pejabat	:		Faks:
Pegawai Dihubungi (di Sarawak)	:		
No. Telefon (h/p)	:		
emel	:		

2. MAKLUMAT PUSAT KUARANTIN

Jenis Pusat Kuarantin	:	(<input type="checkbox"/>) Milik Syarikat	
	:	(<input type="checkbox"/>) Lain-Lain (<i>sila nyatakan</i>) :	
Nama Pusat	:		
Alamat Pusat Kuarantin	:		
No. Telefon Pejabat	:		Faks:
Nama Penyelia	:		
No. Telefon Penyelia	:	(h/p)	
Pegawai Warden	:		
Koordinat Pusat	:	<i>Longitude</i> :	<i>Latitude</i> :

A. Kapasiti Pusat Kuarantin

Jumlah Bilik disediakan	:		Jumlah Kapasiti Penghuni :	
Jenis Bilik		Individu	Kongsi (2 - 4 Orang)	Domitori (lebih 5 Orang)
Bilangan Bilik				

B. Keadaan Persekitaran

Bil.	Keadaan		(√)		(√)	Catatan
3.1	Keadaan Kawasan	Tanah rata		Berbukit		
3.2	Jalan masuk ke pusat	Berturap		Batu		
3.3	Ada pondok pengawal?	Ada		Tiada		
3.4	Ada pagar sekeliling?	Ada		Tiada		
3.5	Jarak dari Hospital/ Klinik terdekat: (km)					
3.6	Jenis Perparitan	Konkrit		Tanah		
3.7	Keadaan parit	Baik		Tidak		
3.8	Terdedah kepada banjir?	Ya		Tidak		
3.9	Terdapat bekalan air terawat?	Ya		Tidak		
3.10	Dekat dengan Taman Perumahan/ Bandar/Pekan/Sekolah	Ya		Tidak		
3.11	Lain-lain risiko (<i>sila nyatakan</i>):					

C. Keadaan fizikal bangunan yang diperiksa

(yang dicadangkan untuk dijadikan sebagai Pusat Kuarantin sahaja)

4.1	Nama Blok	:					Catatan
	▪ Jenis bangunan						
	▪ Bilangan tingkat						
		(√)		(√)			
4.2	Jenis Bumbung	:					
	▪ Keadaan Bumbung	Baik		Rosak			
4.3	Jenis siling	:					
	▪ Keadaan siling	Baik		Rosak			
4.4	Jenis dinding	:					
	▪ Keadaan dinding	Baik		Rosak			
4.5	Jenis tangga	:					
	▪ Keadaan tangga	Baik		Rosak			
4.6	Jenis lantai	:					
	▪ Keadaan lantai	Baik		Rosak			
4.7	Jenis tingkap	:					

Pelan lantai bangunan (*sila sertakan / lukis dalam lampiran jika perlu*)**D. Kemudahan kediaman disediakan (*ikut blok*)**

Bil.	Jenis kemudahan	Jumlah berfungsi	Jumlah rosak	Jumlah besar	Catatan
5.1	Bilik individu berserta tandas dan bilik mandi				
5.1.1	Bil. katil				
5.1.2	Kipas angin				
5.1.3	Penghawa dingin				
5.2	Bilik kongsi (2-4 org)				
5.2.1	Bil. katil				
5.2.2	Kipas angin				
5.2.3	Bil. tandas				
5.2.4	Bil. bilik mandi				
5.2.5	Bil. kipas angin				
5.2.6	Penghawa dingin				

Bil.	Jenis kemudahan	Jumlah berfungsi	Jumlah rosak	Jumlah besar	Catatan
5.3	Bilik dormitory (lebih 5 orang)				
5.3.1	Bil. katil				
5.3.2	Bil. bilik mandi				
5.3.3	Bil. tandas				
5.3.4	Bil. singki				
5.3.5	Bil. Kipas angin				
5.3.6	Bil. Penghawa dingin				
5.4	Ruang bilik pelbagai guna				
5.4.1	Bilik dobi				
5.4.2	Bilik bacaan				
5.4.3	Kafeteria				
5.4.4	Lain-lain (<i>Nyatakan</i>):				

Nota: Periksa ikut jenis Hostel/Dormitory/Flat/Chalet

E. Lain-lain kemudahan disediakan

Bil.	Jenis kemudahan	(√)	(√)	Catatan
6.1	Talian Telefon	Ada	Tiada	
	Jika tiada berapa diperlukan:			
6.2	Mesin Faks	Ada	Tiada	
6.3	Perkhidmatan Wifi	Ada	Tiada	
6.4	Mesin basuh	Ada	Tiada	
6.5	Pengering pakaian	Ada	Tiada	
6.6	"Water dispenser"	Ada	Tiada	
6.7	Alat pemadam api	Ada	Tiada	
6.8	Tong sampah untuk sisa:			
	(i) Semua jenis	Ada	Tiada	
	(ii) klinikal	Ada	Tiada	
	(iii) kering	Ada	Tiada	
	(iv) basah	Ada	Tiada	

3. PETA LOKASI DAN PELAN LANTAI

Bil	Item	
7.1	Peta lokasi menunjukkan kawasan sekitar	
7.2	Pelan kawasan menunjukkan:	
	(i) Pos Kawalan / Pondok Pengawal	
	(ii) Laluan Masuk / Keluar	
	(iii) Tempat Pemeriksaan Kesihatan	
	(iv) Tempat Pasukan Perubatan	
	(v) Bilik Gerakan Pusat Kuarantin	
(vi) Tempat disinfeksi kenderaan (<i>decontamination area</i>)		

4. Lain-lain keperluan (sila nyatakan):

5. Sila sertakan gambar-gambar yang menunjukkan kelengkapan, kemudahan dan keadaan bilik-bilik dalam laporan pemeriksaan pusat yang dicadangkan.

6. Ulasan (untuk kegunaan JKNS):

7. Disediakan Oleh :

Tandatangan :	
Nama Pegawai Pemeriksa :	
Tarikh :	

**Senarai Nombor Telefon Pejabat Kesihatan Bahagian Yang Boleh Dihubungi
Sila hubungi (Seksyen Inspektorat) yang berdekatan:**

Bil.	Pejabat Kesihatan Bahagian	No.Telefon
1.	Kuching	082-236454
2.	Samarahan	082-671020
3.	Serian	082-872331
4.	Sri Aman	083-322176
5.	Betong	083-472116
6.	Sarikei	084-651077
7.	Sibu	084-315494
8.	Kapit	084-796404
9.	Mukah	084-873301
10.	Bintulu	086-331455
11.	Miri	085-424722
12.	Limbang	085-211046