



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Penilaian AMOTeX Penolong Pegawai Perubatan Program Kesihatan Awam Kementerian Kesihatan Malaysia

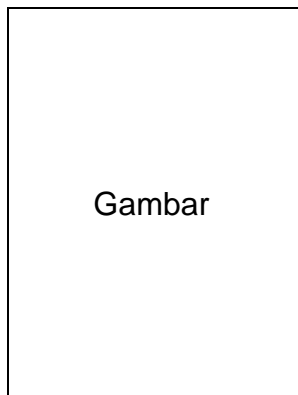
BUKU LOG PENGURUSAN HIV/AIDS

Nama: _____ Nombor Perakuan Pendaftaran LPP: _____

Fasiliti Kesihatan: _____

Pejabat Kesihatan: _____

Negeri: _____ Tarikh Penempatan: ____/____/____ hingga ____/____/____
(Mula) (Tamat)



Nama: _____ Jawatan & Gred: _____

Nombor Kad Pengenalan: _____ Nombor Telefon: _____

Tempat Amalan: _____

Nombor Pendaftaran LPP: _____ Nombor Perakuan Pembaharuan Tahunan: _____

Tandatangan: _____

SKOP PENGURUSAN HIV/AIDS

Tempoh penilaian: 6 bulan Hingga 1 tahun

Kaedah penilaian adalah secara berterusan berdasarkan:

1. Teori

- Menghadiri sesi CME, kursus, seminar atau persidangan.
- *Self-directed learning*.
- Dokumentasi buku log yang telah ditetapkan.

2. Latihan Klinikal

- Latihan Sangkutan di klinik kesihatan bersama Pakar Perubatan Keluarga dan di Pejabat Kesihatan bersama Pakar Perubatan Kesihatan Awam bagi aktiviti yang tertentu. Bagi calon yang bertugas di klinik kesihatan yang mempunyai jumlah pesakit HIV yang tidak melebihi 50 orang sahaja. Jika pesakit HIV di klinik kesihatan tempat calon bertugas melebihi 50 orang, tidak perlu menjalani Latihan Sangkutan.
- Latihan Sangkutan di *Infectious Disease Hospital*.
- Berdasarkan aktiviti/ prosedur yang terkandung di dalam buku log.
- Diselia oleh *Local Preceptor* di klinik kesihatan – Pakar Perubatan Keluarga, Pegawai Perubatan yang terlatih di bidang HIV dan AMOTeX Pengurusan HIV/AIDS (jika ada).
- Seorang Pegawai Penilai yang terdiri daripada Pakar Perubatan Keluarga atau Pakar Perubatan Kesihatan Awam akan membuat ulasan bagi setiap aktiviti yang disempurnakan.

3. Kajian Kes (*Case Study*)

- Satu (1) *short cases* (kes baharu) – Pembentangan kes.
- Satu (1) *long case* – Penulisan akademik.

4. Kajian Klinikal (*Clinical Study*)

- Menjalankan atau melibatkan diri dengan satu kajian klinikal sepanjang program.

5. Penilaian (*Exit Viva*) dan Penilaian Laporan (*Report Evaluation*)

- Satu sesi *Exit Viva* di akhir program.
- Satu penilaian laporan di akhir program.

OBJEKTIF

Tiga (3) objektif utama yang perlu dicapai setelah tamat tempoh pewartaan AMOTeX Pengurusan HIV/AIDS:

1. Berupaya memberi sokongan secara langsung atau tidak langsung kepada mereka yang dijangkiti dan terkesan oleh HIV.
2. Berupaya menyampaikan kaunseling yang efektif bagi menghalang transmisi HIV didalam komuniti melalui perubahan tingkah laku dan seterusnya dapat membantu mencapai sasaran *Ending AIDS* menjelang tahun 2030.
3. Berupaya mengatasi stigma dan diskriminasi terhadap orang dengan HIV/AIDS (ODHA) dikalangan orang awam dan anggota kesihatan.

1. PENILAIAN PESAKIT BAHARU HIV (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Mewujudkan ' <i>rapport</i> '.					
2	Mengambil data demografi.					
3	Menilai kefahaman pesakit mengenai HIV.					
4	Menerang faedah dan risiko menjalani ujian.					
5	Menilai aktiviti berisiko tinggi.					
6	Menilai tempoh jendela (<i>window period</i>).					
7	Menerangkan mengenai ujian yg akan dijalankan.					
8	Menjelaskan makna keputusan positif/ negatif.					
9	Menilai keadaan klinikal semasa pesakit.					
10	Melakukan pemeriksaan ringkas (termasuk tanda vital).					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

2. MELAKUKAN UJIAN SARINGAN HIV (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Memohon kebenaran (<i>verbal</i>).					
2	Memastikan ujian dilakukan secara <i>Opt out strategy</i> .					
3	Menekankan mengenai kerahsiaan dan notifikasi (jika keputusan positif).					
4	Melakukan ujian HIV <i>Rapid Test</i> .					
5	Melakukan ujian saringan Sifilis.					
6	Melakukan ujian saringan Hepatitis B.					
7	Melakukan ujian saringan Hepatitis C.					
8	Melakukan saringan TB (simptom dan CXR).					
9	Melakukan saringan <i>substance abuse</i> (ASSIST v 3.1).					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

3. MELAKUKAN KAUNSELING PASCA UJIAN SARINGAN (KEPUTUSAN NEGATIF) (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Menerangkan maksud keputusan negatif.					
2	Menentukan sama ada pesakit masih berada di dalam <i>window period</i> .					
3	Memberikan tarikh ujian ulangan HIV <i>Rapid Test</i> .					
4	Bincang dengan pesakit mengenai langkah-langkah pengurangan kemudaratan (<i>harm reduction</i>).					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

4. MENGENALPASTI FAKTOR RISIKO BAGI PESAKIT YANG NEGATIF DAN INTERVENSI (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Tarikh	No. Pendaftaran	Faktor Risiko	Pelan Intervensi	Ulangi RTK (Bulan Ke 3)	Ulangi RTK (Bulan Ke 6)	Ulangi RTK (Bulan Ke 9)
1							
2							
3							
4							
5							

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

5. MELAKUKAN KAUNSELING PASCA UJIAN SARINGAN (KEPUTUSAN POSITIF) (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Menerangkan makna keputusan positif.					
2	Memberi sokongan kepada pesakit untuk menerima keputusan.					
3	Memastikan pesakit tiada tanda-tanda <i>Opportunistic Infection</i> (OI).					
4	Mengambil tindakan jika pesakit mengalami tanda-tanda OI dilihat dengan segera oleh Pakar Perubatan Keluarga atau Pegawai Perubatan.					
5	Mengatur ujian- ujian <i>baseline</i> (HIV Serology, HIV Viral Load, CD4, FBC, Biochemistry dll).					
6	Menekankan kepentingan mengambil rawatan dan mengikuti temujanji.					
7	Menerangkan mengenai langkah pengurangan kemudaratan dan pencegahan transmisi HIV.					
8	Cadangkan ujian saringan untuk pasangan dan bincangkan mengenai <i>disclosure</i> .					
9	Melakukan penilaian sama ada pesakit mengalami kemurungan/ risiko bunuh diri.					
10	Mengatur temujanji susulan untuk meneliti keputusan ujian darah.					

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
11	Memberi nombor telefon yang boleh dihubungi untuk sokongan (jika perlu).					
12	Merujuk kepada <i>case worker</i> / NGO untuk sokong bantu.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

6. PENGURUSAN PESAKIT HIV YANG BARU DIDIAGNOSA (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Mengenalpasti cara jangkitan:					
	a. Homoseksual					
	b. PWID					
	c. Heterosexual					
	d. Bisexual					
	e. Lain-lain.					
2	Mengenalpasti <i>baseline</i> CD4.					
3	Mengenalpasti <i>baseline</i> VL (Jika ada).					
4	Mengenalpasti tanda-tanda <i>Opportunistic Infection</i> : a. <i>Oral thrush</i> . b. <i>Prolonged fever/ chronic cough/ Loss of weight/ Loss of appetite (Respiratory)</i> . c. <i>Chronic diarrhea/ LOW/ LOA</i> . d. <i>Severe headache/ fainting spells/ seizures</i> . e. <i>Blurring of vision</i> .					
5	Membuat penilaian <i>WHO Clinical Staging</i> :					
	a. <i>Stage 1</i> .					

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
	b. Stage 2.					
	c. Stage 3.					
	d. Stage 4.					
6	Mengenalpasti rawatan IPT dimulakan (Ya /Tidak). Dapatkan alasan jika tidak dimulakan.					
7	Melakukan pemeriksaan jika terdapat Ko-infeksi:					
	a. Sifilis.					
	b. TB.					
	c. Hepatitis C.					
	d. Hepatitis B.					
8	Mengenalpasti rawatan ART dimulakan dalam tempoh tiga (3) bulan selepas diagnosa (Ya/Tidak). Dapatkan alasan jika tidak dimulakan.					
9	Mengenalpasti HIV Viral Load enam (6) bulan selepas rawatan.					
10	Memastikan pesakit kekal dalam rawatan selepas 12 bulan.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.

2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

7. KAUNSELING SOKONGAN KEPADA KELUARGA/ PASANGAN (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Menerangkan jangkitan HIV/AIDS.					
2	Menerangkan cara HIV tidak berjangkit.					
3	Menerangkan mengenai rawatan, kepatuhan ubat.					
4	Menerangkan kepentingan rawatan (U=U).					
5	Menerangkan keperluan penggunaan kondom bagi pasangan <i>serodiscordant</i> yang baru dimulakan rawatan.					
6	Menerangkan penggunaan PrEP bagi pasangan <i>serodiscordant</i> yang baru dimulakan rawatan.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

8. KAUNSELING PRA ART (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Menerangkan tujuan Rawatan ART.					
2	Menerangkan mengenai ART: <ul style="list-style-type: none"> • Ubat-ubatan <i>first line</i> yang akan diberi. • Mustahaknya untuk menunjukkan kepatuhan ubat yang tinggi. • Kesan sampingan yang mungkin dialami. • Tujuan diberi profilaksis Bactrim. • Interaksi ART dengan ubatan yang lain atau <i>supplement</i>. 					
3	Menerangkan berkenaan kesan jika ubat ART tidak diambil mengikut masa yang tetap.					
4	Menerangkan tentang bagaimana mengambil ART: <ul style="list-style-type: none"> • Kekekapan (sehari sekali/ 2 kali sehari). • <i>Reminder system</i>. • Vitamin training. • Situasi tertentu - balik kampung, <i>outstation</i>, terlupa ubat. 					
5	Memberi kaunseling lain yang berkaitan: <ul style="list-style-type: none"> • Gaya hidup sihat. • Pengambilan air yang mencukupi. • Kepentingan mematuhi <i>follow up appointment</i>. • Diet seimbang. 					
6	Menerangkan mengenai kemungkinan berlaku IRIS setelah rawatan.					

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
7	Menerangkan tentang apa yang perlu dilakukan jika berlaku kesan sampingan ubat.					
8	Kesediaan pesakit untuk dimulakan dengan rawatan ART.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

9. PENILAIAN PESAKIT YANG STABIL SEMASA RAWATAN SUSULAN Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Mengenalpasti masalah kesihatan semasa.					
2	Menilai kepatuhan rawatan.					
3	Meneliti kesan sampingan ubat-ubatan jika ada.					
4	<i>Circle of confidentiality.</i>					
5	Meneliti dan interpretasi keputusan ujian biochemistry/ hematology.					
6	Menilai aktiviti berisiko dan berbincang mengenai langkah-langkah <i>harm reduction</i> .					
7	Rujuk ke agensi tertentu seperti Baitulmal, Pusat Zakat, Shelter home (jika perlu).					
8	Meneruskan preskripsi ART.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

10. KAUNSELING SOKONGAN KEPADA IBU POSITIF HIV (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Menerangkan jangkitan HIV/AIDS.					
2	Menerangkan cara bagaimana bayi boleh dijangkiti.					
3	Menerangkan mengenai kepentingan rawatan, kepatuhan ubat.					
4	Menerangkan <i>mode of delivery</i> .					
5	Menerangkan keputusan PCR bayi:					
6	a. Ujian pertama sewaktu lahir.					
	b. Ujian kedua dalam tempoh 2 bulan.					
	c. Status bayi di akhir tempoh penilaian calon.					
7	Menerangkan mengenai <i>infant feeding</i> .					
8	Menerangkan mengenai rawatan susulan bayi dengan pakar kanak-kanak.					
9	Menerangkan Kaedah <i>contraception</i> .					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

11. AKTIVITI- AKTIVITI PENGURANGAN KEMUDARATAN (*HARM REDUCTION*) (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Mempromosikan penggunaan kondom.					
2	Menunjukkan demonstrasi penggunaan kondom dengan model (Dido).					
3	Memberi penerangan mengenai PrEp.					
4	Melakukan saringan <i>substance abuse</i> dengan borang ASSIST V3.1: <ul style="list-style-type: none"> • Merujuk pesakit dengan skor sederhana dan teruk kepada MO dan kaunselor. • Memberi kaunseling mengenai bahaya pengambilan substan kepada mereka dengan skor rendah. 					
5	Melakukan saringan minda sihat dengan <i>Whooleys' Questionnaire</i> . <ul style="list-style-type: none"> • Melakukan saringan PHQ9 kepada mereka yang mempunyai skor positif dan rujuk MO. • Memberi kaunseling gaya hidup sihat kepada mereka dengan skor negatif. 					
6	Merujuk pesakit dengan masalah ketagihan <i>opiate</i> ke klinik methadone.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

12. AKTIVITI- AKTIVITI SARINGAN HIV DAN PENDIDIKAN KESIHATAN (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Memberi ceramah berkaitan HIV/ AIDS di peringkat komuniti.					
2	Memberi ceramah berkaitan HIV/ SRH di sekolah bersama Pasukan Kesihatan Sekolah (PKS).					
3	Memberi ceramah mengenai HIV di IPTA/ IPTS (kolaborasi dengan PKD).					
4	Melakukan saringan HIV di dalam komuniti bersama <i>Community Based Organization (CBO)</i> .					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

13. AKTIVITI- AKTIVITI MENANGANI STIGMA DAN DISKRIMINASI TERHADAP PLHIV (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Menilai tahap stigma dan diskriminasi di kalangan kakitangan kesihatan di fasiliti kesihatan menggunakan borang soal selidik S&D KKM:					
	a. Bulan pertama					
	b. Bulan ke-6					
	c. Bulan ke-12					
	d. Bulan ke-18					
2	Menjalankan intervensi berdasarkan Analisa soal-selidik yang dijalankan:					
	a. Mengadakan stigma walk untuk mewujudkan kesedaran terhadap HIV/AIDS di dalam komuniti dan fasiliti kesihatan.					
	b. Mengatur sesi CME dan memberikan ceramah bersama kakitangan klinik untuk meningkatkan kompetensi di dalam pengendalian PLHIV (U=U, wanita HIV positif boleh mengandung) dan profesionalisma.					
	c. Melakukan pengubahsuaian keadaan di klinik supaya lebih 'client friendly' untuk kumpulan marginalised. Cth: tidak memanggil transgender dgn nama di dalam kad pengenalan dan menggunakan nombor giliran.					
3	Melaksanakan aktiviti sambutan <i>World AIDS Day</i> .					

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
4	<p>Menilai sama ada pesakit ada stigma dalaman. Definisi: jika seseorang bersetuju dengan satu atau lebih kenyataan berikut:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Saya berasa malu dengan status HIV saya. • Saya menyembunyikan status HIV saya dari orang lain. • HIV positif menyebabkan saya berasa kotor . • HIV Positif menyebabkan saya berasa bersalah. • Kadang-kadang saya berasa tidak berguna kerana saya mempunyai jangkitan HIV. • Sangat sukar untuk saya memberitahu orang lain mengenai jangkitan HIV saya. 					
5	Merujuk pesakit dengan stigma dalaman kepada peer atau <i>case worker</i> untuk sokong bantu.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

14. AKTIVITI PENGURUSAN HEPATITIS C (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Melakukan ujian saringan Hepatitis C keatas pesakit yang berisiko dengan HCV RDT.					
2	Menyampaikan dan menerangkan keputusan kepada pesakit (positif/ negatif).					
3	Memberi kaunseling kepada pesakit dengan keputusan Anti HCV positif.					
4	Memastikan ujian-ujian yang berkaitan dilakukan: HCV Core Ag. Ujian saringan HIV & Hepatitis B, LFT, RP, FBC, <i>liver ultrasound</i> .					
5	Memastikan pesakit yang dimulakan rawatan DAA menamatkan rawatan (3 bulan).					
6	Memastikan ujian HCV RNA dijalankan keatas pesakit yang telah tamat rawatan.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

15. AKTIVITI PENGURUSAN PESAKIT STI - URETHRAL / ANAL DISCHARGE (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Mengambil sejarah seksual dan perubatan.					
2	Melakukan penilaian risiko untuk mendapat STI (penggunaan kondom, substans).					
3	Melakukan pemeriksaan dan pengambilan sampel discaj dari urethra/anus untuk gram stain (jika terdapat discaj)					
4	Melakukan ujian saringan Sifilis.					
5	Melakukan ujian saringan Hepatitis B.					
6	Melakukan ujian saringan Hepatitis C.					
7	Melakukan saringan <i>substance abuse</i> (ASSIST v 3.1).					
8	Memberitahu keputusan ujian saringan HIV <i>Rapid Test</i> kepada pesakit.					
9	Memberi pendidikan kesihatan kepada pesakit mengenai Jangkitan HIV, sakit kelamin.					
10	Mempromosikan penggunaan kondom (menerangkan cara penggunaan, dan memberikan kondom).					
11	Memberi penerangan mengenai PrEp.					

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
12	Memberi janji temu untuk ujian ulang HIV <i>Rapid Test</i> di luar tempoh inkubasi dan untuk <i>review</i> keputusan RPR/TPPA.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

16. AKTIVITI MODIFIED SYNDROMIC APPROACH DIDALAM PENGURUSAN PESAKIT STI - *ULSER GENITAL* (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Aktiviti	Kes yang dilihat				
		RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:	RN: Tarikh:
1	Mengambil sejarah seksual dan perubatan.					
2	Melakukan penilaian risiko untuk mendapat STI (penggunaan kondom, substans).					
3	Melakukan pemeriksaan genital.					
4	Melakukan ujian saringan Sifilis.					
5	Melakukan ujian saringan Hepatitis B.					
6	Melakukan ujian saringan Hepatitis C.					
7	Melakukan saringan <i>substance abuse</i> (ASSIST v 3.1).					
8	Memberitahu keputusan ujian saringan HIV <i>Rapid Test</i> kepada pesakit.					
9	Memberi pendidikan kesihatan kepada pesakit mengenai Jangkitan HIV, Sakit kelamin.					
10	Mempromosi penggunaan kondom (menerangkan cara penggunaan, dan memberikan kondom).					
11	Memberi penerangan mengenai PrEp.					
12	Memberi janji temu untuk ujian ulang HIV <i>Rapid Test</i> di luar tempoh inkubasi dan untuk <i>review</i> keputusan RPR/TPPA.					

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* mengikut prosedur yang dijalankan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

17. MELAKSANAKAN CME PENGURUSAN HIV/AIDS (Sasaran lima (5) kes dalam masa enam (6) bulan hingga satu (1) tahun di bawah penyeliaan *Local Preceptor*)

Bil	Tarikh, masa & tempat	Tajuk CME	Kumpulan sasaran	Pengesahan <i>Local Preceptor</i>
1				
2				
3				
4				
5				

Perhatian:

1. Senarai semak perlu ditandatangani ringkas (*initial*) oleh *Local Preceptor* setelah lima (5) sesi CME dilaksanakan.
2. Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap lima (5) kes di atas.

Ulasan Pegawai Penilai:

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

18. HIV CONNECT WORKSHOP TERMASUK LATIHAN SANGKUT DI KLINIK PENYAKIT BERJANGKIT (MASHM)

Tarikh Mula Menyertai *Online Workshop* :.....

Tarikh Tamat *Online Workshop* :.....

Tarikh Menyertai Latihan Sangkut :.....

Tempat Latihan Sangkut :.....

Bil	Perkara yang dipelajari	Tandatangan Pegawai Penilai
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

Ulasan Pegawai Penilai setelah lengkap 10 kes di atas.

Tandatangan Pegawai Penilai: _____ Tarikh: _____
& Cop Rasmi Jawatan

19. SHORT CASE STUDY (Pembentangan slide – Sasaran satu (1) kes)

Tajuk	Tarikh pembentangan	Pengesahan Pegawai Penilai
Ulasan Pegawai Penilai:		

20. LONG CASE STUDY (Penulisan Akademik – Sasaran satu (1) kes)

Tajuk	Tarikh perbincangan	Pengesahan Pegawai Penilai
Ulasan Pegawai Penilai:		

21. KAJIAN KLINIKAL (Sasaran satu (1) kajian)

Tajuk kajian	Objektif	Tarikh penghantaran	Pengesahan Pegawai Penilai
Ulasan Pegawai Penilai:			

(alamat fasiliti kesihatan)

Tarikh: / /

Ketua Penolong Pegawai Perubatan Malaysia,
Cawangan Perkhidmatan Penolong Pegawai Perubatan,
Bahagian Amalan Perubatan,
Kementerian Kesihatan Malaysia,
Aras 6, Blok E1, Kompleks E,
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan,
62590 Wilayah Persekutuan Putrajaya.

**RUMUSAN BUKU LOG/ PERAKUAN KOMPETENSI BAGI TUJUAN PENDAFTARAN
ASSISTANT MEDICAL OFFICER TECHNICAL EXPERT (AMOTeX) PENOLONG
PEGAWAI PERUBATAN PROGRAM KESIHATAN AWAM KEMENTERIAN KESIHATAN
MALAYSIA**

Dengan ini ***dipersetujui / tidak dipersetujui** calon seperti butiran di bawah untuk didaftarkan sebagai *Assistant Medical Officer Technical Expert (AMOTeX)* dalam bidang **PENGURUSAN HIV/AIDS**.

Nama: _____

No. Kad Pengenalan: _____

No. Perakuan Pendaftaran LPP: _____

No. Perakuan Pembaharuan Tahunan LPP: _____

Tempat Amalan: _____

No. Telefon: (Pejabat) _____ (Bimbit) _____

Tandatangan Pakar:

Cop Rasmi Jawatan:

Tarikh:

*Potong yang tidak berkenaan