



HOSPITAL BINTULU  
JALAN NYABAU,  
97000 BINTULU, SARAWAK  
MALAYSIA

Pindaan 2/2024

### BORANG PENDAFTARAN HIS ID

Jenis Permohonan  Baru  Pindaan Akses  Tambahan Akses  Tambahan Modul  Hapus ID

#### (A) MAKLUMAT PEMOHON (Diisi oleh Pemohon)

NAMA PENUH : \_\_\_\_\_  
 JAWATAN & GRED : \_\_\_\_\_  
 MMC NO. (Untuk Pegawai Perubatan) : \_\_\_\_\_  
 NO. KAD PENGENALAN : \_\_\_\_\_  
 JABATAN/WAD/UNIT : \_\_\_\_\_  
 STATUS JAWATAN (Tetap/Kontrak/DII) : \_\_\_\_\_  
 NO. TELEFON PEJABAT & BIMBIT : \_\_\_\_\_  
 CADANGAN ID (Diisi oleh Pegawai baru) : \_\_\_\_\_  
 USERNAME HIS (Sekiranya ada) : \_\_\_\_\_

**\*\* Contoh: \*\***

Nama Penuh : **Dr Norliza Othman**  
 Cadangan ID seperti berikut : i) norliza ii) drnorliza iii) norlizaothman iv) norliza  
 v) norliza.othman vi) drnorliza.othman vii) norliza.o

Saya mengaku segala maklumat yang diberikan bagi permohonan ini adalah benar dan tepat:

\_\_\_\_\_  
 Tarikh Permohonan

\_\_\_\_\_  
 Tandatangan dan Cop Pemohon

Catatan: Borang Pendaftaran *HIS ID* yang telah diisi dengan lengkap oleh pemohon hendaklah dikembalikan kepada Pegawai di Unit Rekod Perubatan terlebih dahulu untuk semakan dan tindakan selanjutnya.

#### (B) MODUL (Diisi oleh Ketua Jabatan/Unit/Wad)

<input type="checkbox"/>	Forensic Information & Mortuary Mgmt. System (FIMMS)	<input type="checkbox"/>	Medical Record Office System (MRO)
<input type="checkbox"/>	Laboratory Information System (LIS) Analytix	<input type="checkbox"/>	Radiology Information System (RIS)
<input type="checkbox"/>	Laboratory Information System (LIS) Morphology	<input type="checkbox"/>	Pharmacy Information System (PhIS)
<input type="checkbox"/>	Blood Bank Information System (BBIS)	<input type="checkbox"/>	Pharmacy Inventory Mgmt. System (RAYAPhIS)
<input type="checkbox"/>	Picture Archiving & Communication System (PACS)	<input type="checkbox"/>	Patient Billing & Account Receivable (PBAR)
<input type="checkbox"/>	Person Mgmt. System/Clinical Information System (PMS/CIS)	<input type="checkbox"/>	Executive Information System (EIS)
		<input type="checkbox"/>	Lain-lain (Sila Nyatakan): _____

**User data latest changed by** (Diisi oleh Helpdesk HIS / Unit Rekod Perubatan)

Tandatangan : \_\_\_\_\_  
 Nama dan cop : \_\_\_\_\_  
 Jawatan : \_\_\_\_\_  
 Tarikh dan Masa : \_\_\_\_\_

**(C) PENGESAHAN DAN SOKONGAN (Diisi oleh Ketua Jabatan/Unit/Wad)**

**Ketua Jabatan/Unit/Wad  
Hospital Bintulu**

Saya mengakui butir-butir yang dinyatakan di muka surat satu(1) adalah benar dan mengesahkan bahawa pemohon ini memerlukan akses sebagai pengguna HIS untuk modul yang berkaitan bagi menjalankan tugas-tugas rasmi.

\_\_\_\_\_  
Tarikh

\_\_\_\_\_  
Tandatangan dan Cop

**(D) DIISI OLEH PEGAWAI REKOD PERUBATAN**

Disemak oleh:

\_\_\_\_\_  
Tandatangan

Nama dan Cop Jawatan:

Tarikh:

**(E) KELULUSAN PENGARAH HOSPITAL**

Diluluskan

Tidak Diluluskan

\_\_\_\_\_  
Tarikh

\_\_\_\_\_  
Tandatangan dan Cop

**(F) TINDAKAN UNIT TEKNOLOGI MAKLUMAT (ICT)**

Saya mengesahkan bahawa Pendaftaran HIS ID telah diambil tindakan:

\_\_\_\_\_  
Tandatangan

Nama dan Cop Jawatan:

Tarikh: