

SULIT

BORANG KKM/HIV/SPP01/09 PIND.01/2020

NO. RUJUKAN: 00075452-2024



**KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**  
**BORANG PERMOHONAN UJIAN SARINGAN HIV PRA PERKAHWINAN**

**BAHAGIAN 1: (DIISI OLEH PEMOHON)**

Saya \_\_\_\_\_  
(Nama bakal pengantin)

Alamat \_\_\_\_\_  
(Alamat semasa)

No. Kad Pengenalan/ No. Pasport \_\_\_\_\_

No.Tel \_\_\_\_\_ dengan ini **BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU** secara sedar dan tanpa sebarang paksaan untuk menjalani ujian saringan HIV dan ujian-ujian lain yang berkaitan, memaklumkan keputusan ujian saringan HIV kepada pasangan dan menjalani sesi kaunseling bersama pasangan sekiranya diperlukan.

**Tarikh** :

**Tandatangan :**  
**(Pemohon)**

**BAHAGIAN 2: (DIISI OLEH PENGAMAL PERUBATAN KERAJAAN)**

Klinik Kesihatan \_\_\_\_\_

Saya, Pengamal Perubatan seperti yang dinyatakan di bawah dengan ini mengesahkan bahawa ujian saringan HIV telah dilakukan terhadap Encik/ Cik \_\_\_\_\_  
(Nama bakal pengantin)  
di klinik ini dan keputusannya adalah \_\_\_\_\_  
(Sila nyatakan)

**Tarikh** :

**Tandatangan :**  
**(Pengamal Perubatan)**

**Nama & Cop Jawatan:**

(Nota: Tempoh sah laku pengesahan ujian saringan HIV adalah selama 6 bulan dari tarikh ujian saringan dilakukan)

**STATUS PERKAHWINAN PEMOHON**

Kali pertama :

Kali kedua :

Lain-lain (Nyatakan) : \_\_\_\_\_

**MAKLUMAT PASANGAN**

Nama : \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

No. Telefon : \_\_\_\_\_

SULIT

BORANG KKM/HIV/SPP01/09 PIND.01/2020

NO. RUJUKAN: 00075452-2024



**KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**  
**BORANG PERMOHONAN UJIAN SARINGAN HIV PRA PERKAHWINAN**

**BAHAGIAN 1: (DIISI OLEH PEMOHON)**

Saya \_\_\_\_\_  
(Nama bakal pengantin)

Alamat \_\_\_\_\_  
(Alamat semasa)

No. Kad Pengenalan/ No. Pasport \_\_\_\_\_

No.Tel \_\_\_\_\_ dengan ini **BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU** secara sedar dan tanpa sebarang paksaan untuk menjalani ujian saringan HIV dan ujian-ujian lain yang berkaitan, memaklumkan keputusan ujian saringan HIV kepada pasangan dan menjalani sesi kaunseling bersama pasangan sekiranya diperlukan.

**Tarikh** :

**Tandatangan :**  
**(Pemohon)**

**BAHAGIAN 2: (DIISI OLEH PENGAMAL PERUBATAN KERAJAAN)**

Klinik Kesihatan \_\_\_\_\_

Saya, Pengamal Perubatan seperti yang dinyatakan di bawah dengan ini mengesahkan bahawa ujian saringan HIV telah dilakukan terhadap Encik/ Cik \_\_\_\_\_  
(Nama bakal pengantin)  
di klinik ini dan keputusannya adalah \_\_\_\_\_  
(Sila nyatakan)

**Tarikh** :

**Tandatangan :**  
**(Pengamal Perubatan)**

**Nama & Cop Jawatan:**

(Nota: Tempoh sah laku pengesahan ujian saringan HIV adalah selama 6 bulan dari tarikh ujian saringan dilakukan)

**STATUS PERKAHWINAN PEMOHON**

Kali pertama :

Kali kedua :

Lain-lain (Nyatakan) : \_\_\_\_\_

**MAKLUMAT PASANGAN**

Nama : \_\_\_\_\_

No. Kad Pengenalan : \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

No. Telefon : \_\_\_\_\_