|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **National Renal Registry** | *For office use:* |  |
| **Malaysian Society of Nephrology** | *Telephone* | 603-22763686 603-22763687 |
| **Centre Information Update (Borang 5)** | *e-mail* | nrr@msn.org.my  |

*Kepada yang menjaga:*

* *Isikan borang ini dengan lengkap dan pulangkan kepada nrr@msn.org.my. Tandakan maklumat yang perlu digantikan/kemaskini. Pusat HD swasta perlu lampirkan satu salinan lesen CKAPS*
* *Setiap staf berdaftar dengan eNRR sekali sahaja. Ini adalah akaun anda; akaun yang ini akan digunakan jika anda ada tambahan pusat atau pun sudah pindah ke pusat yang lain. Maklumat peribadi, nombor telefon bimbit dan emel staf adalah wajib.*
* *Staf yang berkelulusan bidang perubatan atau para-perubatan sahaja yang boleh mengendalikan maklumat-maklumat pesakit.*
* *Infomasi pusat dan staf yang dinamakan di borang ini nama anda akan tertera di Directory* <https://www.msn.org.my/nrr/centre_directory.jsp>. *Anda berkuasa menambahkan atau mengeluarkan penguna eNRR pusat anda..*
* *Jika terdapat ada perbezaan maklumat pusat, pusat ini akan diminta buat pendaftaran baru.*

**Pilihkan perkhidmatan yang berkaitan untuk kemasakini** *(Pusat HD swasta perlu lampirkan satu salinan lesen CKAPS)*

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Treatment service centre:** |  | HD |   | CAPD |   | Tx |  | Renal biopsy |

# **1 Centre information** *(Isi gunakan komputer. Jangan tulis )*

|  |
| --- |
| Haemodialysis centre information: |
| **Centre Name:** |  |
| **Classification:** |  | ARMED FORCE |   | MOH |   | NGO |  |
|  | PRIVATE |   | UNIVERSITY |  |
| **Centre Address*:*** |  |
| Postcode: |  | City/Town: |  | State: |  |
| ***Tel (1):*** |  | ***Ext:*** |  | ***Tel (2):*** |  |
| ***Fax:*** |  | ***e-Mail:*** |  |
|  |  |

1. **Key personnel of the centre.**

 ***(****Genapkan semua maklumat staf sendiri. Berkongsi telefon, emel atau eNRR akaun tidak dibenarkan. Sila isikan siapkah da pelanan manakah yang perlu ditukar)*

|  |  |
| --- | --- |
| **i) Doctor in-charge Information *(Name as registered with CKAPS Licensing):*** |  |
| ***Name of doctor in-charge:*** |  | *Mykad No:* |  |
| *Mobile phone:*  |  | *e-mail address:* |  |
| **Doctor qualification: (Degree/Membership/Fellowship)** |  |
|  Nephrologist  |  Physician (MD)  |  Medical officer (MBBS) |  Others, specify:  |
| *National Specialist Register No.:* |  |
| *Completed 200 hours training:**(A copy of 200 hrs trained certificate needed):* |  *Date start:* |  | *Date completed:* |  |
| **ii) Affiliated Nephrologist Information:** |  |  |
| Nephrologist name: |  | *Mykad No:* |  |
| *Mobile phone:*  |  | e-mail address:  |  |
|  *National Specialist Register No.:*  |  | Date accredited nephrologist:  |  |  | e-mail address:  | …………………………………………… |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **iii) Centre Manager Information:** |  |  |
| Name: |  | *Mykad No:* |  |
| *Mobile phone:*  |  | e-mail address:  |  |
| Academy qualification: |  | Medical / paramedical |  | Non-medical |
| If medical staff:  |  Registered Nurse  |  Registered Medical Assistant |  Others, specify: …………………………… |
| **If had Post Basic Renal Nursing :** *(Lampirkan satu salina sijil. Kosongkan jika anda belum ada kelulusan ini)* |
|  Nursing school name:  |  |
|  Date completed training:  |  |   |
| **iv) Centre Coordinator Information:** |  |  |
| Name: |  | *Mykad No:* |  |
| *Mobile phone:*  |  | e-mail address:  |  |
| Academy qualification: |  | Medical / paramedical |  | Non-medical |
| If medical staff:  |  Registered Nurse  |  Registered Medical Assistant |  Others, specify: …………………………… |
| **If had Post Basic Renal Nursing :** *(Lampirkan satu salina sijil. Kosongkan jika anda belum ada kelulusan ini)* |
|  Nursing school name:  |  |
|  Date completed training:  |  |  |

|  |
| --- |
| Remarks: |

***Staf yang nama tersenarai di director perlu mengesahkan bahawa borang ini adalah benar.***

Name :………………………………………………………..

Designation in the centre: …………………………………....

Date update: …………………………………

***Perhatian!***

* + - 1. *HD swasta, diminta lampirkan gambar lesen CKAPS diborang ini.*
			2. *PIC bukan pakar nefrologi, sila lampirkan sijil ’200 Hours certificate’.*
			3. *Demi PDPA, simpankan fail ini dengan “****Password****” sebelum pulangkan sebagai lampiran kepada NRR.*
			4. *Beritahu “****Password****” untuk buka lampiran ini melalui emel susuran; bukan email yang ada lampiran dokumen ini.*