|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **National Renal Registry** | *For office use:* |  |
| **Malaysian Society of Nephrology** | *Telephone:* | 603-22763686 603-22763687 |
| **Centre Personnel Information Update (Borang 6)** | *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.*
* *Setiap staf berdaftar dengan eNRR sekali sahaja. Ini adalah akaun DIRI anda. Akaun ini akan digunakan jika anda ada tambahan pusat atau pun sudah pindah ke pusat yang lain.*
* *Staf yang berkelulusan bidang perubatan atau para-perubatan sahaja yang boleh mengendalikan maklumat-maklumat pesakit.*

**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:** |  |
| **Centre Address*:*** |  |
| Postcode: |  | City/Town: |  | State: |  |

1. **The following staff personal information need changes**

 ***(*** *Warnakan maklumat yang perlukan kemaskini )*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Information of staff concern:**  |  |  |
| ***Name:*** |  | *Mykad No:* |  |
| *Mobile phone:*  |  | *e-mail address:* |  |
| **i) If the name above is a doctor:** |  |  |
| *National Specialist Register No.:* |  |
| *# Completed 200 hours training:**(Lampirkan satu salina sijil “200 hrs trained”)* |  *Date completed:* |  | ***Note:*** |
| **ii) If the name above is a Paramedic:** |  |  |
| **If had Post Basic Renal Nursing :** *(Lampirkan satu salina sijil. Kosongkan jika anda belum ada kelulusan ini)* |
|  Nursing school name:  |  |
|  Date completed training:  |   |
|  |

|  |
| --- |
| Remarks: |

***Pengesahan daripada Manager pusat bahawa borang ini adalah benar.***

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Name Pengurus Pusat |  | MyKad No.: |  |
| *Mobile phone:*  |  | e-mail address:  |  |

***Perhatian!***

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