



KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA

Kementerian Kesihatan Malaysia
Aras 12, Blok E7, Kompleks E
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 PUTRAJAYA

Tel.: 03-8000 8000

Ruj. Kami : KKM.600-34/12/1 Jld. 6 (31)
Tarikh : 3 April 2026

SENARAI EDARAN

YBhg. Datuk/Dato'/Datin/Tuan/Puan,

SURAT PEKELILING KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA BIL.// /2026: FORMAT PRESKRIPSI DI FASILITI KESIHATAN KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (KKM)

1. TUJUAN

Surat pekeliling ini dikeluarkan bertujuan menyelaraskan dan menyeragamkan format preskripsi antara semua fasiliti kesihatan KKM agar selaras dengan akta dan peraturan terkini yang sedang berkuatkuasa.

2. LATAR BELAKANG

2.1. Preskripsi merupakan arahan bertulis yang dikeluarkan oleh pengamal perubatan dan pergigian berdaftar (preskriber) untuk menyediakan dan membekalkan ubat kepada pesakit mengikut kaedah, dos dan tempoh yang ditetapkan. Secara umum, preskripsi bertujuan memastikan pesakit menerima rawatan yang tepat dan sesuai dengan keadaan kesihatan mereka.

2.2. Berdasarkan semakan terkini kepada format preskripsi sedia ada mendapati:

2.2.1. Preskripsi sedia ada tidak mematuhi keperluan akta/peraturan berkaitan yang sedang berkuatkuasa.

2.2.2. Tiada elemen keselamatan pengubatan iaitu status alahan ubat pesakit.

2.2.3. Praktis pengendalian preskripsi Pesakit Dalam adalah tidak seragam antara fasiliti kesihatan KKM.

2.3. Terdapat keperluan untuk memastikan alamat penuh pesakit dan preskriber/fasiliti ditulis pada preskripsi, merujuk kepada:

2.3.1. Subseksyen 21(2) Akta Racun 1952

2.3.2. Subperaturan 11(2) Peraturan-Peraturan Racun (Bahan-Bahan Psikotropik) 1989

2.3.3. Subperaturan 11(2) Peraturan-Peraturan Dadah Berbahaya 1952

.../2-

3. FORMAT KANDUNGAN PRESKRIPSI

3.1 Format kandungan preskripsi yang diperlukan adalah seperti berikut:

Perkara	Maklumat
Pesakit	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nama Penuh 2. Alamat Penuh 3. Umur 4. No. K/P 5. No. Daftar 6. Berat (jika berkaitan) 7. Jantina 8. No. Telefon 9. Diagnosis 10. Alahan Ubat 11. Warganegara/Bukan Warganegara
Ubat	<ol style="list-style-type: none"> 1. Bentuk dosej 2. Nama 3. Dos 4. Kekerapan 5. Durasi 6. Kuantiti dibekal
Preskriber dan Fasiliti	<ol style="list-style-type: none"> 1. Tandatangan 2. Nama penuh preskriber 3. Cap rasmi 4. Nama dan alamat penuh fasiliti 5. Nombor telefon fasiliti 6. Tarikh
Keperluan Tambahan	<ol style="list-style-type: none"> 1. Nombor siri preskripsi 2. Muka belakang (bagi preskripsi pesakit luar) 3. Salinan wad dan salinan farmasi (bagi preskripsi pesakit dalam)

3.2 Cadangan format preskripsi adalah seperti berikut:

3.2.1 Lampiran A - Preskripsi Pesakit Luar bersaiz A5

3.2.2 Lampiran B (i) - Preskripsi Pesakit Dalam (Salinan Wad) bersaiz A4

3.2.3 Lampiran B (ii) - Preskripsi Pesakit Dalam (Salinan Farmasi) bersaiz A4

4. PEMATUHAN

- 4.1. Semua fasiliti kesihatan KKM perlu mematuhi surat pekeliling ini.
- 4.2. Bagi penggunaan preskripsi manual, penerbitan dan penggunaan format preskripsi hendaklah dilaksanakan mengikut ketetapan seperti yang dinyatakan di perkara 3.2 surat pekeliling ini.
- 4.3. Fasiliti kesihatan KKM yang menggunakan sistem Teknologi Maklumat dan Komunikasi (ICT) hendaklah memastikan format kandungan preskripsi mematuhi keperluan seperti yang dinyatakan di perkara 3.1 surat pekeliling ini.

5. TARIKH KUAT KUASA

- 5.1. Surat pekeliling ini berkuat kuasa mulai 1 Januari 2027 atau mana yang terdahulu merujuk kepada perkara berikut:
 - 5.1.1. Bagi fasiliti kesihatan KKM yang telah kehabisan bekalan dokumen preskripsi sedia ada dibenarkan untuk mula mengguna pakai format preskripsi baharu sebelum tarikh kuat kuasa.
 - 5.1.2. Bagi mengelakkan pembaziran, fasiliti kesihatan KKM yang masih mempunyai baki simpanan preskripsi sedia ada selepas tarikh kuat kuasa adalah dibenarkan untuk menghabiskannya. Namun, perancangan percetakan dan perolehan format preskripsi baharu hendaklah dilaksanakan secara berperingkat selaras dengan pekeliling ini.

6. PEMBATALAN

- 6.1. Dengan berkuatkuasanya surat pekeliling ini, dokumen preskripsi bernombor rujukan Perubatan 6A – Pin. 3/96 adalah dibatalkan.
- 6.2. Nombor dokumen preskripsi yang baharu adalah seperti berikut:
 - 6.2.1. Preskripsi Pesakit Luar: Perubatan 6A - Pin. 1/26
 - 6.2.2. Preskripsi Pesakit Dalam: Perubatan 6B - 1/26

7. PERTANYAAN

Sebarang pertanyaan boleh diajukan kepada:

Pengarah
Bahagian Perkembangan Perubatan
Kementerian Kesihatan Malaysia
Aras 3-7, Blok E1 Kompleks E,
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 Wilayah Persekutuan, Putrajaya
E-mel: ppperubatan@gmail.com

Program Kesihatan Pergigian
Kementerian Kesihatan Malaysia
Aras 5, Blok E10, Kompleks E
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
Presint 1, 62590 Putrajaya, WP Putrajaya
E-mel: ohd@moh.gov.my
No.Tel: 03-8883 4215

Pengarah
Bahagian Amalan dan Perkembangan Farmasi
Program Perkhidmatan Farmasi,
Kementerian Kesihatan Malaysia,
Lot 36, Jalan Profesor Diraja Ungku Aziz,
46200 Petaling Jaya, Selangor
E-mel: pa_anp@moh.gov.my

8. PENUTUP

YBhg. Datuk/Dato'/Datin/tuan/puan adalah bertanggung jawab untuk memastikan arahan dalam surat pekeliling ini dihebahkan dan dipatuhi. Segala perhatian dan kerjasama YBhg. Datuk/Dato'/Datin/tuan/puan dalam perkara ini amatlah dihargai.

Sekian, terima kasih.

"MALAYSIA MADANI"

"BERKHIDMAT UNTUK NEGARA"

Saya yang menjalankan amanah,



(DATUK DR. MAHATHAR BIN ABD WAHAB)

s.k.

1. Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)
Kementerian Kesihatan Malaysia
2. Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam)
Kementerian Kesihatan Malaysia
3. Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Pergigian)
Kementerian Kesihatan Malaysia
4. Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perkhidmatan Farmasi)
Kementerian Kesihatan Malaysia
5. Pengarah
Bahagian Bahagian Amalan & Perkembangan Farmasi
Kementerian Kesihatan Malaysia
6. Pengarah
Bahagian Perkembangan Perubatan
Kementerian Kesihatan Malaysia

SENARAI EDARAN

1. Pengarah Kesihatan Negeri

Johor / Kedah / Kelantan / Melaka / Negeri Sembilan / Pahang / Perak / Pulau Pinang / Perlis / Sabah / Sarawak / Selangor / Terengganu / Wilayah Persekutuan Kuala Lumpur dan Putrajaya / Wilayah Persekutuan Labuan

2. Pengarah

Hospital Kuala Lumpur

3. Pengarah

Institut Kanser Negara

4. Pengarah

Institut Perubatan Respiratori

5. Pengarah

Pusat Darah Negara

PREKSRIPSI PESAKIT DALAM (SALINAN WAD)

SALINAN WAD			CARTA PENGUBATAN HOSPITAL			No Siri:		Perubatan 6B - 1/26					
Nama Pesakit:					ALAHAN UBAT								
No.K/P:		Wad:	Umur:		<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tiada Maklumat <input type="checkbox"/> Ya. Nyatakan:								
RN:		Katil:	Berat/Tinggi:		Warganegara: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak								
Diagnosis:					Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan								
Preskripsi Ubat (A)					Rekod Administrasi Ubat								
Kaedah Administrasi:	Nama Ubat:				Tarikh		1	2	3	4	5	6	7
					Masa	Hari	A	B	A	B	A	B	A
<input type="checkbox"/> Patient's Own Medicine (POM)													
Dos:		Frekuensi:		Durasi:									
Arahan khas (jika ada):													
Cop & T/Tangan Peg. Perubatan:					Cop & T/Tangan Pakar:								
Tarikh:					Tarikh & Masa Diberi:								
Preskripsi Ubat (B)					Rekod Administrasi Ubat								
Kaedah Administrasi:	Nama Ubat:				Tarikh		1	2	3	4	5	6	7
					Masa	Hari	A	B	A	B	A	B	A
<input type="checkbox"/> Patient's Own Medicine (POM)													
Dos:		Frekuensi:		Durasi:									
Arahan khas (jika ada):													
Cop & T/Tangan Peg. Perubatan:					Cop & T/Tangan Pakar:								
Tarikh:					Tarikh & Masa Diberi:								
Preskripsi Ubat (C)					Rekod Administrasi Ubat								
Kaedah Administrasi:	Nama Ubat:				Tarikh		1	2	3	4	5	6	7
					Masa	Hari	A	B	A	B	A	B	A
<input type="checkbox"/> Patient's Own Medicine (POM)													
Dos:		Frekuensi:		Durasi:									
Arahan khas (jika ada):													
Cop & T/Tangan Peg. Perubatan:					Cop & T/Tangan Pakar:								
Tarikh:					Tarikh & Masa Diberi:								
Preskripsi Ubat (D)					Rekod Administrasi Ubat								
Kaedah Administrasi:	Nama Ubat:				Tarikh		1	2	3	4	5	6	7
					Masa	Hari	A	B	A	B	A	B	A
<input type="checkbox"/> Patient's Own Medicine (POM)													
Dos:		Frekuensi:		Durasi:									
Arahan khas (jika ada):													
Cop & T/Tangan Peg. Perubatan:					Cop & T/Tangan Pakar:								
Tarikh:					Tarikh & Masa Diberi:								
Preskripsi Ubat (E)					Rekod Administrasi Ubat								
Kaedah Administrasi:	Nama Ubat:				Tarikh		1	2	3	4	5	6	7
					Masa	Hari	A	B	A	B	A	B	A
<input type="checkbox"/> Patient's Own Medicine (POM)													
Dos:		Frekuensi:		Durasi:									
Arahan khas (jika ada):													
Cop & T/Tangan Peg. Perubatan:					Cop & T/Tangan Pakar:								
Tarikh:					Tarikh & Masa Diberi:								

PREKRIPSI PESAKIT DALAM (SALINAN FARMASI)

SALINAN FARMASI			CARTA PENGUBATAN HOSPITAL				No Siri:		Perubatan 6B - 1/26		
Nama Pesakit:						ALAHAN UBAT					
No.K/P:		Wad:	Umur:		<input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Tiada Maklumat <input type="checkbox"/> Ya. Nyatakan:						
RN:		Katil:	Berat/Tinggi:		Warganegara: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak						
Diagnosis:			Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan								
Preskripsi Ubat (A)				Disaring	Tarikh	Kekuatan	Kuantiti	Dilisi	Disemak	Diterima	Nota
Kaedah Administrasi:		Nama Ubat:									<input type="checkbox"/> JKUT/ UKK <input type="checkbox"/> FSI/ AOH <input type="checkbox"/> Psikotropik <input type="checkbox"/> Peti sejuk <input type="checkbox"/> Tidak disimpan <input type="checkbox"/> Ryle's tube <input type="checkbox"/> Antibiotic form Catatan:
		<input type="checkbox"/> Patient's Own Medicine (POM)									
Dos:		Frekuensi:	Durasi:								
Arahan khas (jika ada):											
Cop & T/Tangan Peg. Perubatan:		Cop & T/Tangan Pakar:									
Tarikh:		Tarikh:		Dos STAT	Tarikh & Masa Diberi:						
Preskripsi Ubat (B)				Disaring	Tarikh	Kekuatan	Kuantiti	Dilisi	Disemak	Diterima	Nota
Kaedah Administrasi:		Nama Ubat:									<input type="checkbox"/> JKUT/ UKK <input type="checkbox"/> FSI/ AOH <input type="checkbox"/> Psikotropik <input type="checkbox"/> Peti sejuk <input type="checkbox"/> Tidak disimpan <input type="checkbox"/> Ryle's tube <input type="checkbox"/> Antibiotic form Catatan:
		<input type="checkbox"/> Patient's Own Medicine (POM)									
Dos:		Frekuensi:	Durasi:								
Arahan khas (jika ada):											
Cop & T/Tangan Peg. Perubatan:		Cop & T/Tangan Pakar:									
Tarikh:		Tarikh:		Dos STAT	Tarikh & Masa Diberi:						
Preskripsi Ubat (C)				Disaring	Tarikh	Kekuatan	Kuantiti	Dilisi	Disemak	Diterima	Nota
Kaedah Administrasi:		Nama Ubat:									<input type="checkbox"/> JKUT/ UKK <input type="checkbox"/> FSI/ AOH <input type="checkbox"/> Psikotropik <input type="checkbox"/> Peti sejuk <input type="checkbox"/> Tidak disimpan <input type="checkbox"/> Ryle's tube <input type="checkbox"/> Antibiotic form Catatan:
		<input type="checkbox"/> Patient's Own Medicine (POM)									
Dos:		Frekuensi:	Durasi:								
Arahan khas (jika ada):											
Cop & T/Tangan Peg. Perubatan:		Cop & T/Tangan Pakar:									
Tarikh:		Tarikh:		Dos STAT	Tarikh & Masa Diberi:						
Preskripsi Ubat (D)				Disaring	Tarikh	Kekuatan	Kuantiti	Dilisi	Disemak	Diterima	Nota
Kaedah Administrasi:		Nama Ubat:									<input type="checkbox"/> JKUT/ UKK <input type="checkbox"/> FSI/ AOH <input type="checkbox"/> Psikotropik <input type="checkbox"/> Peti sejuk <input type="checkbox"/> Tidak disimpan <input type="checkbox"/> Ryle's tube <input type="checkbox"/> Antibiotic form Catatan:
		<input type="checkbox"/> Patient's Own Medicine (POM)									
Dos:		Frekuensi:	Durasi:								
Arahan khas (jika ada):											
Cop & T/Tangan Peg. Perubatan:		Cop & T/Tangan Pakar:									
Tarikh:		Tarikh:		Dos STAT	Tarikh & Masa Diberi:						
Preskripsi Ubat (E)				Disaring	Tarikh	Kekuatan	Kuantiti	Dilisi	Disemak	Diterima	Nota
Kaedah Administrasi:		Nama Ubat:									<input type="checkbox"/> JKUT/ UKK <input type="checkbox"/> FSI/ AOH <input type="checkbox"/> Psikotropik <input type="checkbox"/> Peti sejuk <input type="checkbox"/> Tidak disimpan <input type="checkbox"/> Ryle's tube <input type="checkbox"/> Antibiotic form Catatan:
		<input type="checkbox"/> Patient's Own Medicine (POM)									
Dos:		Frekuensi:	Durasi:								
Arahan khas (jika ada):											
Cop & T/Tangan Peg. Perubatan:		Cop & T/Tangan Pakar:									
Tarikh:		Tarikh:		Dos STAT	Tarikh & Masa Diberi:						