



KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA
DIRECTOR GENERAL OF HEALTH MALAYSIA
Kementerian Kesihatan Malaysia
Aras 12, Blok E7, Kompleks E
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 PUTRAJAYA



Tel. : 03-8883 2545
Faks : 03-8889 5542
Web : anisham@moh.gov.my

KKM.600-29/4/142 (38)
11 September 2016

SENARAI EDARAN

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

"UPDATED ZIKA ALERT" DAN ARAHAN PENTADBIRAN UNTUK PEMANTAUAN DAN PENGURUSAN JANGKITAN VIRUS ZIKA

Dengan segala hormatnya saya merujuk kepada perkara di atas.

2. Seperti YBhg. Datuk / Dato' / Datu / Tuan / Puan sedia maklum, jangkitan virus Zika di Amerika Selatan yang mula dilaporkan di Brazil pada May 2015, telah merebak dengan pantas ke 24 negara lain di rantau berkenaan sehingga 28 Januari 2016, seperti yang dilaporkan oleh "World Health Organization" (WHO) dan "Pan America Health Organization" (PAHO). Penyakit Zika ini menunjukkan tanda- tanda dan gejala menyerupai demam denggi seperti demam, sakit otot, sakit sendi, sakit kepala, sakit di belakang mata, konjunktivitis dan ruam. Namun begitu, sebahagian besar mereka yang dijangkiti, tidak menunjukkan sebarang gejala klinikal. WHO juga telah melaporkan bahawa terdapat kaitan diantara kejadian jangkitan virus Zika dengan kejadian "microcephaly" di Brazil dan "Guillain-Barre Syndrome" di beberapa negara lain.

3. Pada 1 Februari 2016 mesyuarat pertama "Emergency Committee under International Health Regulation" (IHR 2005) telah diadakan. Berikutan itu Ketua Pengarah WHO telah mengisytiharkan jangkitan virus Zika adalah merupakan "Public Health Emergency of International Concern"(PHEIC).

4. Sehubungan itu, semua Jabatan Kesihatan Negeri dan Bahagian berkaitan perlu mewujudkan sistem pemantauan dan pengurusan Jangkitan virus Zika dengan kadar segera sebagai langkah kesiapsiagaan. Pengujudan sistem pemantauan dan pengurusan ini melibatkan perkara-perkara berikut:

- i. Survelan klinikal untuk kes Zika di klinik kesihatan serta hospital kerajaan dan swasta (Lampiran 2A dan Lampiran 2B)
- ii. Survelan Makmal
 - a. Virus surveilan yang telah dilaksanakan merujuk kepada surat rujukan MKAK 600-1/7/5 bertarikh 3 Disember 2015. Semua pihak hendaklah memastikan arahan ini dilaksanakan dengan serius dan memastikan ujian pengesanan Zika yang dibuat bagi semua kes yang memenuhi kriteria kes definisi seperti yang dijelaskan dalam surat berkenaan.
 - b. Notifikasi Makmal kepada MKAK (daripada makmal kerajaan dan swasta)
- iii. Survelan “microcephaly” dilaksanakan oleh Jawatankuasa pakar pakar pediatrik dan “Guillain-Barré Syndrome” dilaksanakan oleh pakar pakar perubatan.
- iv. Tindakan pencegahan dan kawalan oleh Pejabat Kesihatan Daerah dan Jabatan Kesihatan Negeri.
- v. Garispanduan Kesiapsiagaan dan Respons Pintu Masuk Antarabangsa Negara

Sehingga 10 September 2016, 4 kes zika telah disahkan di Malaysia. Selaraskan dengan fasa pengekangan perebakan (containment phase), tindakan segera yang perlu dilaksanakan di pelbagai peringkat adalah seperti berikut:

A. Sistem pelaporan kes disyaki (suspected case) Zika, kes disahkan (confirmed case), “microcephaly” dan “Guillain-Barré Syndrome”.

- i. Semua kes yang memenuhi kriteria definisi kes disyaki jangkitan virus Zika (“suspected case”) dan kes yang disahkan (“confirmed case”) seperti di dalam Lampiran 1 hendaklah dilaporkan kepada Pejabat Kesihatan Daerah (PKD) dalam tempoh 24 jam dari tarikh didiagnosis melalui panggilan telefon diikuti dengan menghantar borang notifikasi kes format Zika1 / case/ 2016 (Lampiran 3) atau melalui sistem eNotifikasi.

- ii. Semua kes “microcephaly” seperti di dalam Lampiran 1 hendaklah dilaporkan kepada Pejabat Kesihatan Daerah (PKD) (Lampiran 5) dengan kadar segera menggunakan borang notifikasi “microcephaly” format Zika 2/ microcephaly/ 2016 (Lampiran 4).
- iii. Semua kes “Guillain-Barré Syndrome” seperti di dalam Lampiran 1 hendaklah dibuat ujian saringan virus Zika dan dinotifikasi kepada Pejabat Kesihatan Daerah (PKD) (Lampiran 5) dengan kadar segera menggunakan borang notifikasi format Zika 1/ case/ 2016 (Lampiran 3).

B. Pengurusan Klinikal

a. Fasiliti Kesihatan Primer

- i. Bagi kes yang memenuhi kriteria definisi kes disyaki jangkitan virus Zika (Lampiran 1) akan dirujuk ke hospital untuk pemantauan dan rawatan (Lampiran 2B).
- ii. Bagi kes yang tidak memenuhi kriteria definisi kes disyaki akan diberikan panduan penjagaan kesihatan pesakit luar (Lampiran 6).

b. Hospital

- i. Bagi kes yang memenuhi kriteria definisi kes disyaki jangkitan virus Zika (Lampiran 1), sampel darah dan air kencing hendaklah diuji di Hospital KKM yang menawarkan ujian tersebut mengikut negeri masing-masing. Sekiranya negeri tersebut tidak mempunyai hospital yang menawarkan ujian bagi virus Zika, sampel tersebut perlu dihantar ke Makmal Kesihatan Awam mengikut zon yang telah ditetapkan atau ke Hospital KKM berdekatan. Bagi hospital swasta, sampel boleh dihantar ke makmal swasta (sila rujuk Lampiran 10).
- ii. Ujian darah perlu diulangi selepas 48 jam pesakit didiagnosa dan pesakit boleh di discaj/dibenarkan pulang ke rumah setelah ujian serum darah negatif. (sila rujuk Lampiran 1)

c. **Kes “Microcephaly”**

- i. Bagi kes yang didiagnosa sebagai “microcephaly” mengikut kes definisi “microcephaly” (Lampiran 1), sampel klinikal hendaklah dihantar ke IMR untuk ujian pengesahan jangkitan virus zika dengan segera (Lampiran 2A).
- ii. Bagi kes “microcephaly” yang disahkan positif hendaklah dirujuk kepada Pakar Pediatrik di negeri masing-masing untuk tindakan lanjut.

d. **Kes “Guillain-Barré Syndrome”**

- i. Bagi kes yang didiagnosa sebagai “Guillain-Barré Syndrome” mengikut kes definisi “Guillain-Barré Syndrome” (Lampiran 1), sampel klinikal hendaklah dihantar ke IMR untuk ujian pengesahan jangkitan virus Zika dengan segera (Lampiran 2A).

C. Tindakan Pencegahan dan Kawalan di Pejabat Kesihatan Daerah dan Jabatan Kesihatan Negeri (JKN)

- i. Semua kes yang disahkan positif untuk jangkitan Zika hendaklah dimasukkan ke dalam wad dan pesakit yang negatif diberikan nasihat mengenai penjagaan kesihatan (Lampiran 6).
- ii. Pejabat Kesihatan Daerah hendaklah melaporkan kes yang memenuhi kriteria definisi kes disyaki dan disahkan jangkitan virus Zika (Lampiran 1), kes “microcephaly” dan “Guillain-Barré Syndrome” (GBS) yang disahkan jangkitan virus Zika ke Jabatan Kesihatan Negeri dan seterusnya ke Crisis Preparedness Response Center (CPRC) Kebangsaan secara harian dan memasuk data ke dalam sistem Vekpro *online* dalam tempoh 24 jam. Talian untuk dihubungi ialah 03-88810200 atau 88810600 atau 88810700 dan menghantar laporan melalui email kepada cprc@moh.gov.my (Lampiran 5).
- iii. Bagi setiap kes yang memenuhi kriteria definisi kes disyaki dan disahkan jangkitan virus Zika (Lampiran 1) hendaklah

dikendalikan dengan segera dan sebagai “public health emergency”. Kaedah kawalan adalah sama seperti mengawal wabak denggi iaitu kawalan dalam lingkungan 400 meter dari kediaman kes indeks. Ini adalah bagi memastikan penyebaran virus Zika di kawal sepenuhnya sebelum merebak kepada individu dan kawasan lain.

- iv. Pejabat Kesihatan Daerah (PKD) hendaklah melakukan *Active Case Detection* (ACD) dan aktiviti pencegahan dalam lingkungan 400 meter dari kediaman kes indeks. Kontek kepada kes indeks contohnya isi rumah (*household*) atau rakan sekelas yang menunjukkan gejala (sign and symptom) zika, perlu diambil sampel darah dan air kencing untuk pengesanan virus Zika. Manakala penduduk tetap yang tinggal dalam lingkungan tersebut atau mana-mana pelawat yang telah tinggal di kawasan itu yang menunjukkan gejala (sign and symptom) zika, mestilah diambil sampel darah dan air kencing untuk pengesanan virus Zika.
- v. Bagi Pejabat Kesihatan Daerah (PKD) yang telah melaporkan kes Zika, hendaklah mengaktifkan Jawatankuasa Wabak Peringkat Daerah serta mengadakan mesyuarat membincangkan tindakan pencegahan dan kawalan. Jawatankuasa wabak hendaklah diaktifkan sebaik sahaja kes pertama dilaporkan di daerah berkenaan.
- vi. Bagi PKD yang tiada atau belum lagi melaporkan kes Zika, hendaklah membuat pembentangan mengenai Zika dalam mesyuarat Jawatankuasa Tindakan dan Pembangunan Daerah (JKTPD) yang dipengerusikan oleh Pegawai Daerah. Ia bertujuan untuk meningkat pengetahuan ahli mesyuarat mengenai zika, implikasinya kepada masyarakat serta risiko penularan zika ke daerah masing-masing, supaya langkah-langkah proaktif diambil oleh JKTPD bagi mengekang perebakan zika, selaras dengan konsep “inter-sectoral approach and health in all policies”.
- vii. Pada masa yang sama, PKD dan agensi-agensi berkaitan perlu meningkatkan kesedaran dan mengerakkan masyarakat untuk melakukan aktiviti pembersihan persekitaran bagi

menghapuskan tempat-tempat pembiakan Aedes setiap minggu. Masyarakat juga perlu digalakkan untuk melindungi diri daripada gigitan nyamuk dengan memakai pakaian yang menutupi anggota badan dan menggunakan ubat pencegahan gigitan (repelen) secara tetap. PKD juga hendaklah memastikan fasiliti kesihatan bebas daripada pembiakan Aedes

- viii. Bagi pelancong atau rakyat Malaysia yang datang dari negara-negara dijangkiti virus Zika atau yang memenuhi kriteria definisi kes disyaki perlu dirujuk kepada fasiliti kesihatan (Lampiran 2B).
- ix. Jabatan Kesihatan Negeri iaitu Pengarah Kesihatan Negeri perlu memaklumkan Exco Kesihatan Negeri dan mewujudkan Pasukan Petugas Khas Peringkat Negeri.
- x. Jabatan Kesihatan Negeri perlu mengeluarkan “Zika Alert” dan memaklumkan mengenai situasi virus Zika serta pelaksanaan pengurusan jangkitan virus Zika kepada fasiliti kesihatan kerajaan dan swasta.
- xi. Semua Jabatan Kesihatan Negeri dan juga Pejabat Kesihatan Daerah perlu mewujudkan sistem pemantauan rapi untuk kes jangkitan virus Zika, kes “microcephaly” dan “Guillain-Barré Syndrome” (GBS) termasuk pemantauan pintu masuk darat, udara dan laut.

D. Kesiapsiagaan dan Respons Pintu Masuk Antarabangsa Negara

- i. Bagi kesiapsiagaan dan respons pintu masuk antarabangsa negara, garis panduan pencegahan dan pengurusan jangkitan virus zika dinyatakan dalam lampiran 7, 8 dan 9.


5. Arahan Pentadbiran ini akan dilaksanakan dengan **serta merta** dari tarikh surat ini dikeluarkan. Pengarah Kesihatan Negeri adalah diminta untuk **memastikan tindakan ini dilaksanakan dengan kadar segera** bagi menghalang penularan virus zika di Malaysia. Manakala komitmen

Pengarah Bahagian yang berkaitan diperlukan agar sistem pemantauan dan pengurusan jangkitan virus Zika dilakukan secara teratur dan tindakan segera dapat dilaksanakan. Kerjasama YBhg. Datuk / Dato' / Datu / YB Dato' / Tuan / Puan dalam perkara ini amat dihargai dan diucapkan ribuan terima kasih.

Sekian.

“BERKHIDMAT UNTUK NEGARA”

Saya yang menurut perintah,



(DATUK DR NOOR HISHAM ABDULLAH)

Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia

s.k.

- i. Ketua Setiausaha Kementerian Kesihatan Malaysia
- ii. Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam)
- iii. Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Perubatan)
- iv. Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Penyelidikan & Sokongan Teknikal)
- v. Pengarah Bahagian Kawalan Penyakit
- vi. Pengarah Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga
- vii. Pengarah Bahagian Perkembangan Perubatan
- viii. Pengarah Pusat Darah Negara
- ix. Pengarah Institut Penyelidikan Perubatan
- x. Pengarah Pendidikan Kesihatan

ZIKA VIRUS INFECTION

1 CASE DEFINITION, ADMISSION AND DISCHARGE CRITERIA (Containment phase)

1.1 Suspected case:

1.1.1 Patient with rash (usually pruritic and maculopapular) with 2 or more of the following symptoms:

- Fever
- Arthralgia
- Arthritis/ periarticular edema
- Conjunctivitis (Non-purulent/ hyperemia)

AND

Recent history of travelling to the country / affected area with Zika infection (within 7 days after arrival) or history of *contact with confirmed Zika case.

***Contact**

*Person who has association in time and place with a confirmed case e.g in the same household or history of sexual intercourse with a confirmed case

1.1.2 Guillain-Barré Syndrome

Signs and symptoms of Guillain-Barre syndrome may include:

- Prickling, "pins and needles" sensations in your fingers, toes, ankles or wrists
- Weakness in your legs that spreads to your upper body
- Unsteady walking or inability to walk or climb stairs
- Difficulty with eye or facial movements, including speaking, chewing or swallowing
- Severe pain that may feel achy or cramp-like and may be worse at night
- Difficulty with bladder control or bowel function
- Rapid heart rate

- Low or high blood pressure
- Difficulty breathing

1.1.3 Microcephaly and other congenital malformation of central nervous system

- Diagnosed in utero or postnatal as microcephaly using standard growth chart by medical profession

1.2 Confirmed case:

A suspected case with laboratory positive result for the specific detection of Zika virus (see algorithm for laboratory diagnosis).

The case definition has been adapted from Pan American Health Organization; Epidemiological Update, Zika Virus Infection, 16 October 2015 (Available at: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&Itemid=270&gid=32021&lang=en), WHO; Zika virus Fact sheet , Updated January 2016 . (Available at <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/zika/en/>) and CDC, Morbidity and Mortality Weekly Reports, 29 January 2016 /Vol.65(3);59–62. (Available at <http://www.cdc.gov/mmwr/volumes/65/wr/mm6503e2.htm>) and may be subject to further modifications as new knowledge and information on the disease and the etiological agent is available.

1.3 Admission Criteria

Fulfil case definition of suspected and confirmed case.

1.4 Discharge Criteria

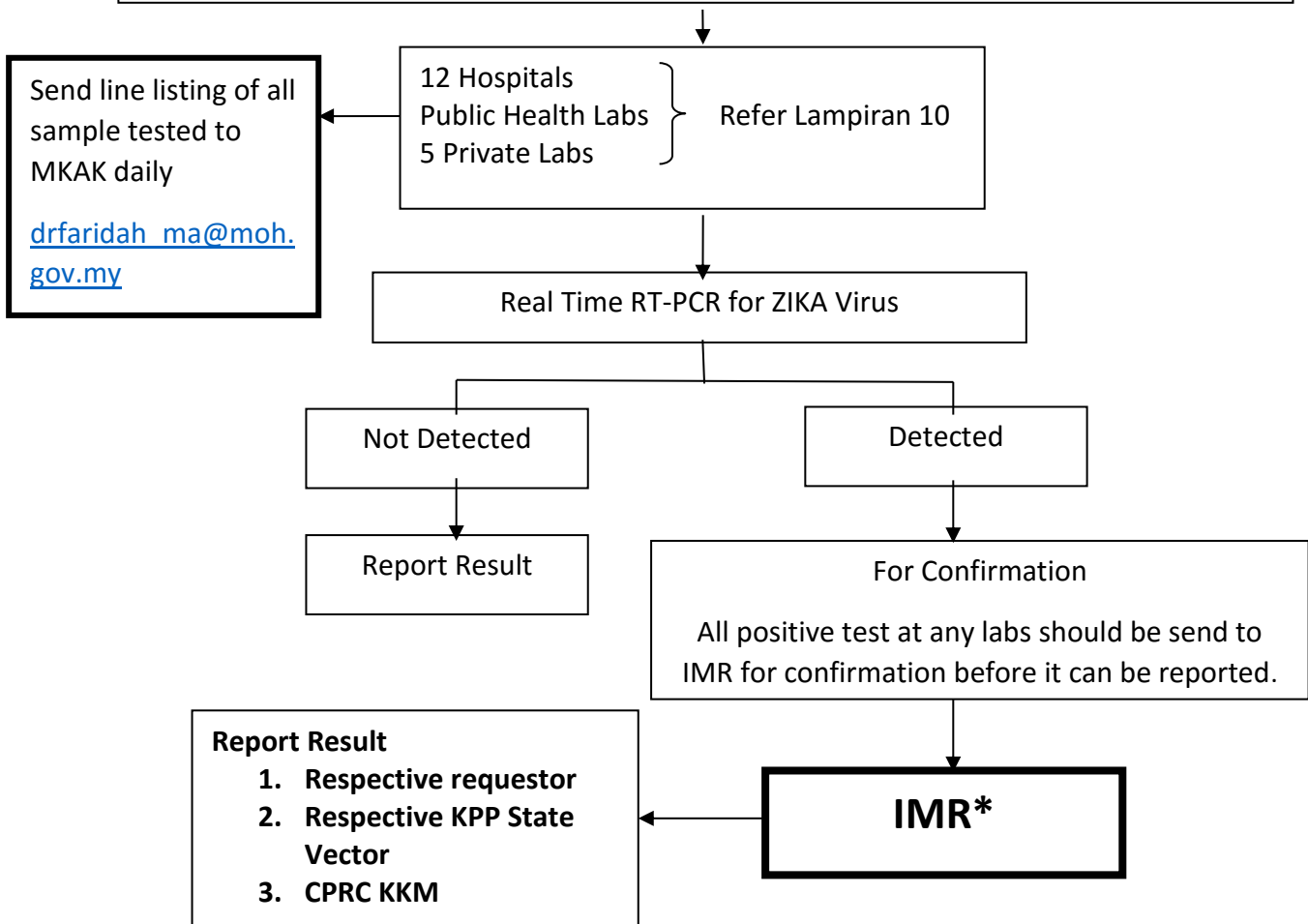
- Patient clinically well
- If serum PCR result is negative and urine PCR result is positive, the patient can be discharge.
- If serum PCR result is positive and urine PCR result is positive or negative, repeat serum PCR until it's become negative. Do not repeat more frequently than 48 hourly.

TESTING ALGORITHM FOR ZIKA VIRUS

Suitable samples for ZIKA Virus Investigation

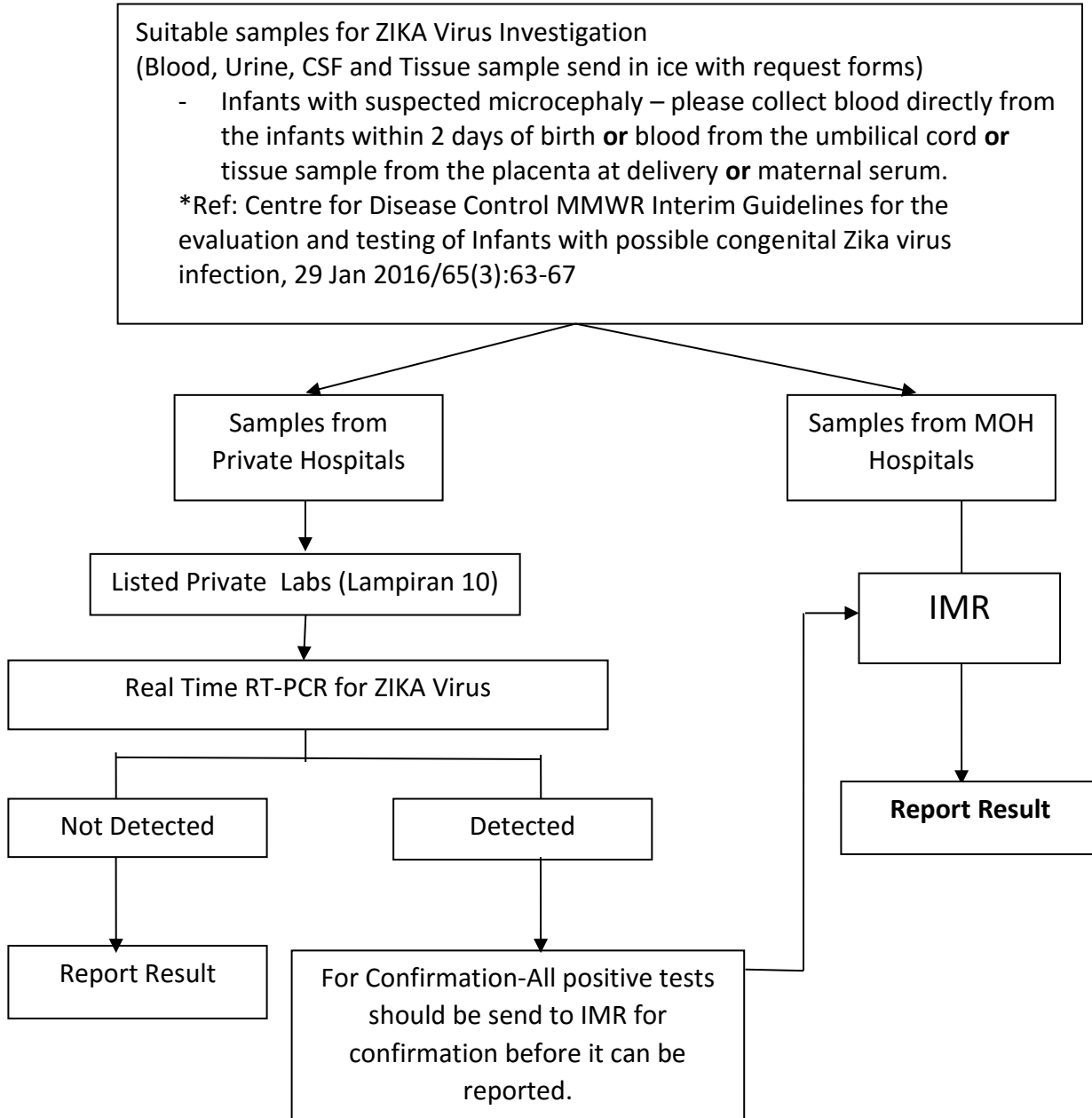
(Blood and Urine samples send in ice with accompanying request forms)

- Samples from the Public Health clinics must be sent to Public Health Lab and samples from Hospital must be sent to Hospital Labs with PCR for Zika virus testing within that state.
- States that do not have any or only one laboratory that offers PCR for ZIKA virus, the samples must be sent to a nearby facility (hospital or Public Health Lab) regardless where the samples are from.
- Samples from private clinics and private hospitals must be sent to the listed private labs
- Sample from close contact of positive Zika patient should be sent to public health



*Will be reviewed during mitigation phase





TESTING ALGORITHM FOR ZIKA VIRUS (INFANTS SUSPECTED MICROCEPHALY AND GUILLAIN-BARRÉ SYNDROME)



*All positive results must be informed to KPP Vector by IMR

LABORATORY SPECIMENS COLLECTION, STORAGE AND TRANSPORTATION FOR PATIENT SUSPECTED ZIKA VIRUS INFECTION

A. TYPE OF SPECIMEN

NO	SAMPLE TYPE	VOLUME	TUBE / CONTAINER
1.	Blood	Minimum 5 ml	 Plain Tube with gel separator (orange cap).
2.	Urine	Minimum 10 ml	 Sterile universal container*
3.	CSF Amniotic fluid	1 ml 2 ml	 Bijoux sterile tube*
4.	Tissue		 Sterile universal container with VTM / saline*

* Please ensure a tight seal as leaking specimens cannot be accepted.

B. SPECIMEN STORAGE

- i. Kept all specimen at 2 - 8 °C
- ii. If tested more than 48 hours, blood should be aliquot in a sterile plastic tube
- iii. Kept all type of specimen frozen at -20 °C for up to 7 days or at -70 °C if longer than 7 days.

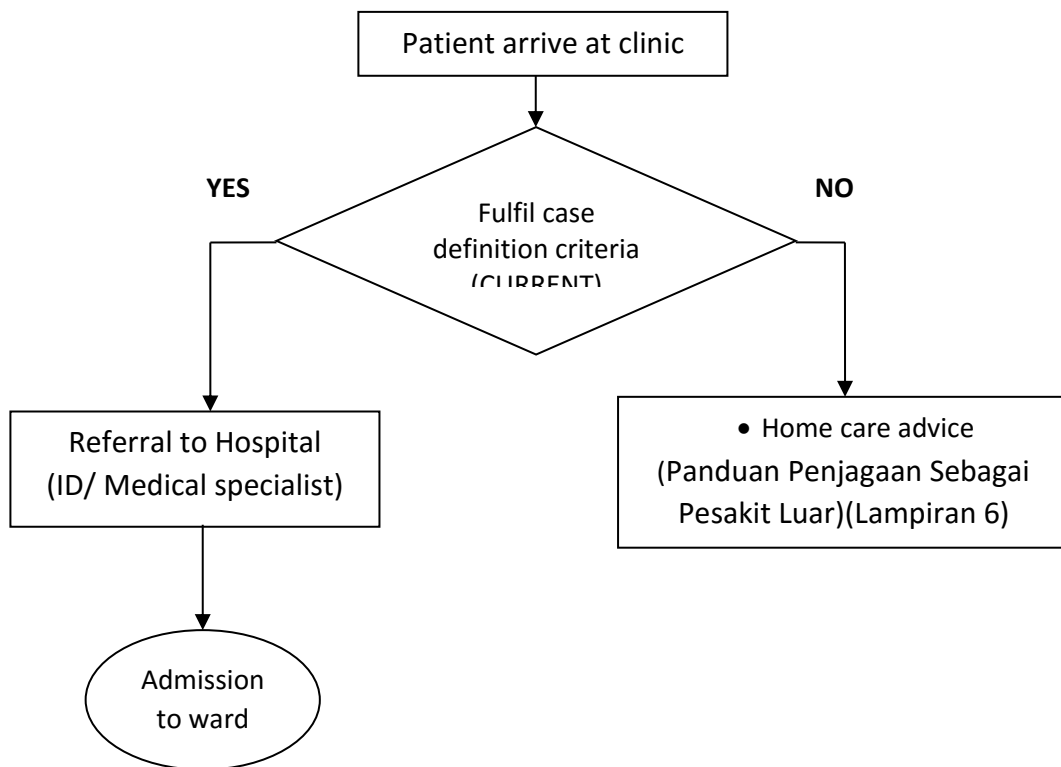
C. TRANSPORTATION

- i. Specimens have to put in biohazard plastic and transport in ice at 2 – 8 °C
- ii. Send immediately to the designated laboratory (refer Lampiran 10)

D. LABORATORY TURN AROUND TIME (LTAT)

The laboratory turnaround time for all specimens is 1 – 2 days.

WORKFLOW FOR SUSPECTED ZIKA INFECTION
FOR KLINIK KESIHATAN
CONTAINMENT PHASE





**NOTIFICATION FORM
FOR ZIKA VIRUS**
Disease Control Division
Ministry Of Health Malaysia

1. Reporting Centre		Name of Hospital / Clinic:		State:	
Phone:		Fax:		E-mail:	
2. Information of Patient		Name:		Age: ___yr ___mth	Gender: <input type="checkbox"/> Male <input type="checkbox"/> Female
Address:			Phone (Home):		RN No:
Nationality:		Ethnicity: <input type="checkbox"/> Malay <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Other, specify:			IC No:
<input type="checkbox"/> Malaysian <input type="checkbox"/> Non Malaysian		Country of Origin:		Passport No:	
Occupation : <input type="checkbox"/> Health Care Worker <input type="checkbox"/> Others, please state:					Date of symptom onset [dd/mm/yy] :
3. Signs and Symptoms		<input type="checkbox"/> Fever <input type="checkbox"/> Rash		<input type="checkbox"/> Conjunctivitis <input type="checkbox"/> Malaise <input type="checkbox"/> Myalgia <input type="checkbox"/> Athralgia	
Temperature on admission: ____°C			<input type="checkbox"/> Other symptoms, specify :		
4. Is there any alternative diagnosis that can fully explain patient's illness?					<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No
5 Clinical status at time of report		Was patient hospitalised? <input type="checkbox"/> Yes, date: _____ <input type="checkbox"/> Brought In Dead (BID) Date: _____		Ward: <input type="checkbox"/> Isolation ward <input type="checkbox"/> General ward <input type="checkbox"/> ICU	
Progress: <input type="checkbox"/> On treatment, specify: _____ <input type="checkbox"/> Died Date : _____					
If patient died: Was past mortem performed?			<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pending		
6. Exposure History		Has the patient travelled to areas or countries reporting confirmed cases of Zika virus prior to onset of symptoms <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <i>If yes, please specify:</i> Country visited:		Has patient in close contact with confirmed cases of Zika virus <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No If yes, please specify:	
Country/State/province/district visited		Duration of stay		Name of Airline & Flight No/Cruise/Other mode of transportation	
		From [dd/mm/yr]	To [dd/mm/yr]		
1.					
2.					
3.					
Date of return to Malaysia:			Entry point :		
7. Similar illness		Anybody in the neighbourhood having similar illness? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No			
8. Diagnostic Evaluation		Date taken	Date send to lab	Name of laboratory	Result
Virology					
9. Working diagnosis: (please state)					
10. Reporting Officer:				Signature:	
Designation:		Date:		H/phone No:	
For District Health Office use only					
11. Active case finding		Has active case finding been initiated? <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Number of people with similar illness:		No. of cases referred to hospital: Number of cases isolated:	
12. Investigating Officer:				Signature:	
Designation:		Date:		H/Phone No:	
For Disease Control Division use only					
COMMENTS:					

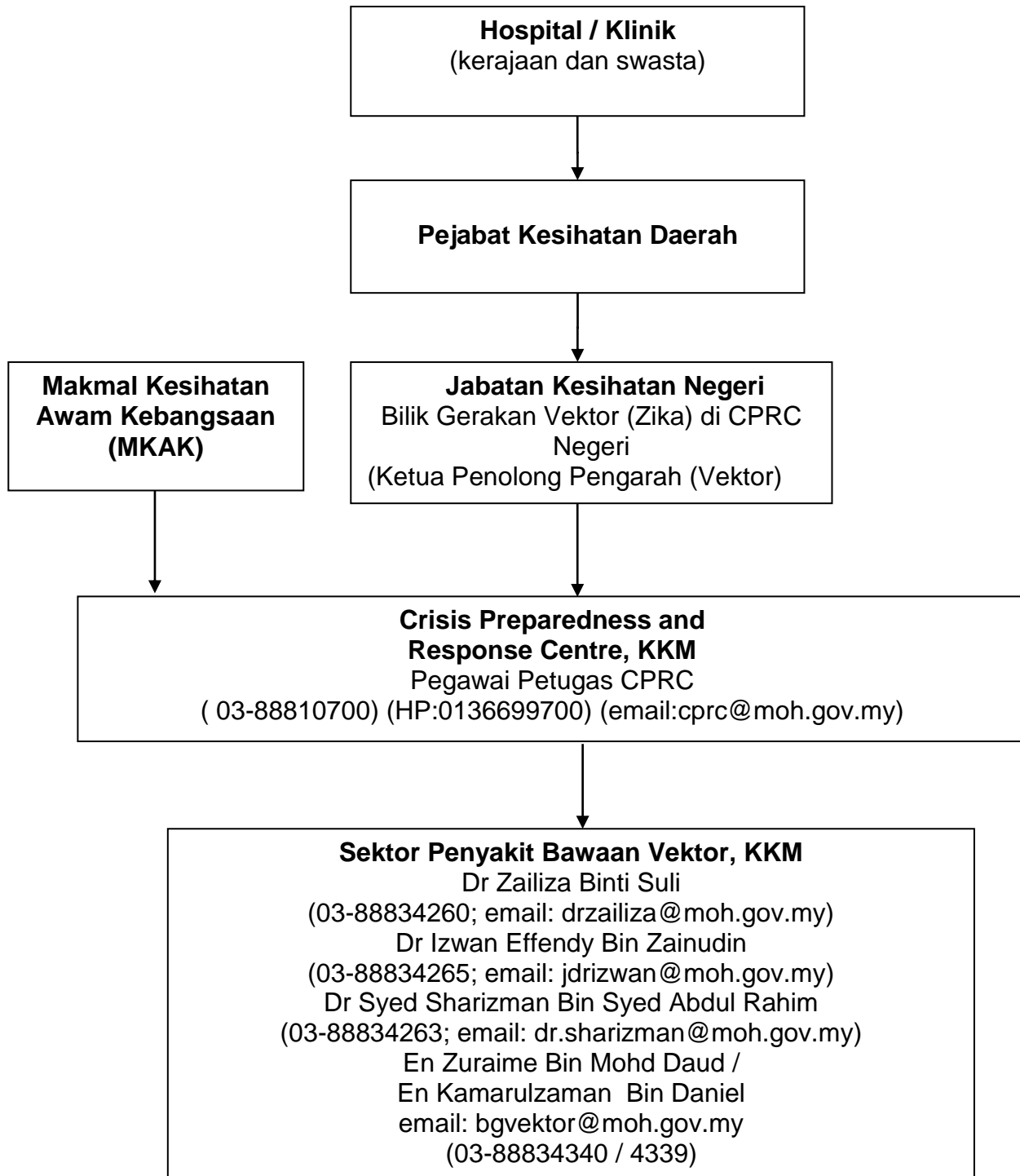


**NOTIFICATION FORM
FOR MICROCEPHALY**

Disease Control Division
Ministry Of Health Malaysia

1. Reporting Centre		Name of Hospital		State:	
Phone:		Fax:		E-mail:	
2. Information Mothers		Name:		Age: ___yr ___mth	
Address:			Phone (Home):		RN No:
Nationality:		Ethnicity: <input type="checkbox"/> Malay <input type="checkbox"/> Chinese <input type="checkbox"/> Indian <input type="checkbox"/> Other, specify:			IC No:
<input type="checkbox"/> Malaysian <input type="checkbox"/> Non Malaysian		Postnatal Parity:		State:	
Occupation		: <input type="checkbox"/> Health Care Worker <input type="checkbox"/> Others, please state:			Date of delivery [dd/mm/yy]:
3. Mode of delivery		<input type="checkbox"/> LSCS <input type="checkbox"/> SVD		Baby weight:	
				4. Mother relevant medical history:	
				1. 2. 3. 4. 5.	
5. Congenital abnormalities diagnosed by:			Name:		
6. Congenital abnormalities (ICD10) codes			(based on ICD10) and diagnosis		
7. Clinical status at time of reporting		Was baby hospitalised? <input type="checkbox"/> Yes, date: _____ <input type="checkbox"/> Brought In Dead (BID) Date: _____		Ward: <input type="checkbox"/> Isolation ward <input type="checkbox"/> General ward <input type="checkbox"/> ICU	
				Progress: <input type="checkbox"/> On treatment, specify: _____ <input type="checkbox"/> Died Date: _____	
If patient died: Was post mortem performed?		<input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> Pending			
8. Exposure History		Has the mother travelled to areas reporting confirmed cases of Zika virus during her antenatal <input type="checkbox"/> Yes <input type="checkbox"/> No Date of travelling: From _____ to _____			
		If yes, please specify: Country visited:			
		Country/State/province visited		Duration of stay	
				Name of Airline & Flight No/Cruise/Other mode of transportation	
				From [dd/mm/yr] To [dd/mm/yr]	
1.					
2.					
3.					
Date of return to Malaysia:		Entry point :			
9. Diagnostic Evaluation		Date taken		Date send to lab	
Virology				Name of laboratory	
				Result	
10. Working diagnosis: (please state)					
11. Reporting Officer:				Signature:	
Designation:		Date:		H/phone No:	
For District Health Office use only					
12. Investigating Officer:				Signature:	
Designation:		Date:		H/Phone No:	
For Disease Control Division use only					
COMMENTS:					

CARTA ALIR BAGI NOTIFIKASI PENYAKIT ZIKA



PANDUAN PENJAGAAN KESIHATAN PESAKIT LUAR

- Menggunakan *repellent*, memakai baju berlengan panjang dan berseluar panjang atau menggunakan kelambu untuk mengelakkan daripada gigitan nyamuk.
- Sekiranya pesakit mengidap gejala-gejala dan tanda-tanda *Guillain-Barré Syndrome* yang dikaitkan dengan masalah sistem saraf atau demam berpanjangan atau keadaan bertambah teruk, dapatkan rawatan di hospital dengan kadar segera.
- Makan ubat demam seperti *paracetamol* mengikut nasihat doktor.
- *Sponge* atau lap badan dengan kain basah bagi mengurangkan suhu badan.
- Berehat secukupnya.
- Minum banyak cecair seperti susu, jus buah-buahan, minuman isotonik dan air barli (minum melebihi 5 gelas). Meminum air kosong sahaja tidak mencukupi.
- Menggunakan semburan aerosol, penghalau nyamuk seperti lingkaran nyamuk, kepingan pengewapan cecair dan sebagainya.
- Memasang jejaring pada tingkap untuk mengelakkan nyamuk masuk ke dalam rumah.

LIST OF GOVERNMENT HOSPITALS,PUBLIC HEALTH AND PRIVATE LABORATORIES PROVIDING SERVICES FOR ZIKA REAL TIME RT-PCR.

NO.	CONFIRMATORY TEST BY SEQUENCING	Contact Number	
1.	Institute for Medical Research (IMR)	03-26162671	
HOSPITAL LABORATORIES			
1.	Hospital Umum Sarawak	082-276818	
2.	Hospital Tuanku Jaafar Negeri Sembilan	06-7684318	
3.	Hospital Raja Perempuan Zainab II	09-7452000 Ext: 2739	
4.	Hospital Sultanah Bahiyah Kedah	04-7406233 Ext: 6244	
5.	Hospital Kuala Lumpur	03-26906852	
6.	Hospital Sungai Buloh	03-61454333	
7.	Hospital Sultanah Aminah Johor	07-2231666 Ext: 2660	
8.	Hospital Raja Permaisuri Bainun Perak	05-2085285	
9.	Hospital Pulau Pinang	04-2225220	
10.	Hospital Sultanah Nurzahirah Terengganu	09-6212121 Ext: 2105 /2878	
11.	Hospital Tengku Ampuan Afzan Pahang	09-5572869	
12.	Hospital Melaka	06-2892851	
PUBLIC HEALTH LABORATORIES			
1.	Makmal Kesihatan Awam Kebangsaan (MKAK) Sungai Buloh	03-61261200	
2.	Makmal Kesihatan Awam Kota Kinabalu	088-250710	
3.	Makmal Kesihatan Awam Kota Bharu	09-7138000	
4.	Makmal Kesihatan Awam Ipoh	05-5287829	
5.	Makmal Kesihatan Awam Johor Bahru	07-2387162	
PRIVATE LABORATORIES			
NO.	PRIVATE LABORATORIES	Contact Person	
1.	Lablink (M) Sdn Bhd.	Dr Muhammad Nazri Aziz	03-40234588
2.	GeneFlux	Dr Mangalam Sinniah	03-80701154
3.	CliniPath	Dr Mangalam Sinniah	03-33422828
4.	DNA Lab	Dr Wong Yong Wee	03-89252700
5.	Pantai Premier Laboratory	Mr Adam Hathsey - Bronson	03-42979911