

**PERMOHONAN MEMPEROLEHI & MENGGUNAKAN UBAT-UBATAN YANG  
MEMERLUKAN KELULUSAN KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA.**

Rujukan tuan:  
Rujukan Kami  
No siri:

1.	Hospital yang memohon:	A	i. Nama keluaran dipohon (Nama Generik):
2.	Jenis permohonan a. Baru b. Ulangan	B.	i. Status Pendaftaran Dengan Pihak Berkuasa Kawalan Dadah (PBKD)*** Ya, No pendaftaran.....  Indikasi seperti diluluskan oleh Pihak Berkuasa Kawalan Dadah <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak  Tidak <input type="checkbox"/> r tetapi terdapat dalam Formulari <input type="checkbox"/>  <input type="checkbox"/> Tidak berdaftar  <input type="checkbox"/> Nama pengilang :..... Nama pengimport :.....  (*** Sila isi pada ruangan yang berkaitan)
3.	Nama & No IC/Pe <input type="checkbox"/> pesakit Wad: <input type="checkbox"/>		
4.	a. Diagnosis/ Indikasi/ Tujuan Rawatan:  b. Ringkasan sejarah rawatan pesakit  c. Ubat sedia ada bagi diagnosis/indikasi yang sama  d. Sebab-sebab ubat di atas tidak dapat digunakan	C.	i. Dosis/Regimen rawatan  ii. Jangkamasa rawatan
		D.	i. Kuantiti dipohon  ii. Anggaran kos
5.	Nama/T. Tangan & cop pakar yang memohon	E.	a. Ulasan Ketua Pegawai Farmasi  b. Nama/T. tangan/Cop
6.	a. Ulasan Ketua Jabatan  b. Nama/T. tangan/Cop	F.	Saya mengesahkan peruntukan mencukupi untuk pembelian ini  ..... (Nama/T. tangan/Cop Pengarah Hospital)
		G.	Pengambilan keputusan:  Ambil sendiri <input type="checkbox"/> Wakil, nyatakan <input type="checkbox"/> Pos <input type="checkbox"/>
SILA MAKLUM BAHAWA PERMOHONAN TUAN/PUAN:		LULUS <input type="checkbox"/> TIDAK LULUS <input type="checkbox"/>	
..... (T. Tangan/Cop Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia)		<input type="checkbox"/>	
Tarikh:			

Sila sertakan lampiran jika ruangan tidak mencukupi. Bahan rujukan berkaitan rawatan diperlukan untuk ubat tidak berdaftar/ luar indikasi PBKD