

**BORANG KEIZINAN UNTUK MENJALANI RAWATAN
MENGUNAKAN UBAT/INDIKASI YANG TIDAK BERDAFTAR
DENGAN MANA-MANA BADAN REGULATORI DI SELURUH DUNIA**

CONSENT FORM FOR OFF-LABEL TREATMENT

Nama ubat: <i>Name of medicine:</i>	
Dos dan kekerapan: <i>Dosage and frequency:</i>	
Indikasi: <i>Indication:</i>	

Dengan menandatangani di bawah, saya mengesahkan bahawa:

By signing below, I hereby confirm the following:

- Saya telah diberi maklumat tentang ubat di atas secara lisan dan saya memahami bahawa ubat/indikasi yang diberikan kepada saya/anak saya/waris di bawah jagaan saya adalah tidak berdaftar dengan mana-mana badan regulatori di seluruh dunia.
I have been given verbal information for the above medicine and understand that this medicine/indication given to me/my child/person under my care is not registered with any regulatory body worldwide.
- Saya telah diberikan masa yang secukupnya untuk mempertimbangkan risiko dan manfaat ubat ini.
I have had sufficient time to consider the risks and benefits of this medicine.
- Saya telah diberi peluang untuk bertanyakan soalan dan semua persoalan saya telah dijawab dengan memuaskan.
I have had the opportunity to ask questions and all my questions have been answered satisfactorily.

- Saya telah diberi maklumat tentang rawatan alternatif (jika ada) untuk penyakit saya/anak saya/waris di bawah jagaan saya. Saya memahami saya boleh memilih untuk tidak setuju dengan ubat yang disyorkan serta akibat dari keputusan ini.
I have been informed of alternative treatment options (if any) for me/my child's/person under my care medical condition. I am aware that I can choose to not agree to being prescribed with this medication and understand the consequence(s) of such a decision.
- Saya faham bahawa keputusan saya adalah secara sukarela.
I understand that my decision is voluntary.
- Saya juga memahami tentang risiko dan manfaat ubat ini dan saya secara sukarela memberi persetujuan untuk saya/anak saya/waris di bawah jagaan saya untuk menerima ubat/indikasi tidak berdaftar ini seperti yang diterangkan kepada saya oleh pakar/pegawai perubatan.
I understand the risks and benefits, and I freely consent myself/my child/person under my care to receive either the unregistered medication or for the unregistered indication (off-label use) which has been duly explained by specialist/medical officer.

Pesakit/Waris:

Patient/Next of kin:

Tandatangan: <i>Signature:</i>
Nama: <i>Name:</i>
No. kad pengenalan: <i>I/C no.:</i>
Hubungan dengan pesakit (jika berkenaan): <i>Relationship to patient (where applicable):</i>
Tarikh: <i>Date:</i>

Pakar/pegawai perubatan:

Specialist/medical officer:

Tandatangan: <i>Signature:</i>	Cop rasmi: <i>Official stamp:</i>
Nama: <i>Name:</i>	
No. kad pengenalan: <i>I/C no.:</i>	
Jawatan: <i>Designation:</i>	
Tarikh: <i>Date:</i>	

Saksi:

(Diperlukan jika pesakit/waris tidak memahami penerangan yang diberikan oleh doktor)

Witness:

(Required if patient/next of kin cannot understand what is being explained by the doctor)

Tandatangan: <i>Signature:</i>
No Kad Pengenalan: <i>I/C number.</i>
Nama: <i>Name:</i>
Hubungan dengan pesakit (jika berkenaan): <i>Relationship to patient (where applicable):</i>
Tarikh: <i>Date:</i>