**BPF/103-KPK03**

**BORANG KEIZINAN UNTUK MENJALANI RAWATAN**



**DENGAN UBAT / INDIKASI (*OFF-LABEL*) TIDAK BERDAFTAR**

**DENGAN PIHAK BERKUASA KAWALAN DADAH**

**HOSPITAL : ………………………………………………………………………………………..**

**JABATAN / WAD / UNIT : ………………………………………………………………………………………..**

**NAMA PESAKIT : ………………………………………………………………………………………..**

**NO. KAD PENGENALAN : ………………………………………………………………………………………..**

**PENYATAAN KEIZINAN DARIPADA PESAKIT**

**Saya telah diberitahu oleh doktor dan saya faham tentang penggunaan ubat dan rawatan yang akan diberikan kepada saya seperti berikut:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BIL.** | **PENERANGAN** | **YA** | **TIDAK** |
| 1. | Ubat digunakan adalah ubat / indikasi (kegunaan) yang tidak berdaftar dengan Pihak Berkuasa Kawalan Dadah (PBKD) Malaysia. |  |  |
| 2. | Ubat ini merupakan alternatif kepada rawatan saya setelah kesemua ubat dalam FUKKM tidak berkesan sepenuhnya dan/atau saya mengalami kesan advers dengan ubat-ubatan tersebut.  |  |  |
| 3. | Saya bertanggungjawab sepenuhnya terhadap segala risiko sepanjang penggunaan ubat ini dan rawatan yang akan dijalankan. |  |  |
| 4. | Saya telah diberi peluang untuk bertanya tentang penggunaan ubat tersebut dalam rawatan ini. |  |  |

Saya faham bahawa dengan menandatangani borang ini, saya bersetuju untuk bertanggungjawab terhadap penggunaan ubat ini sepanjang rawatan diberikan.

|  |  |
| --- | --- |
| **Tandatangan pesakit /waris :**  | **…………………………………………………………………………………………………………** |
| **Nama pesakit / waris :**  | **…………………………………………………………………………………………………………** |
| **Tarikh :** | **…………………………………………………………………………………………………………** |
| **No. Kad Pengenalan waris :**  | **…………………………………………………………………………………………………………** |

**NAMA DOKTOR : ………………………………………………………………………………………..**

**NO. KAD PENGENALAN : ………………………………………………………………………………………..**

**NAMA UBAT : ………………………………………………………………………………………..**

**INDIKASI *OFF-LABEL* : ………………………………………………………………………………………..**

**PENYATAAN DARIPADA PAKAR/PEGAWAI PERUBATAN**

**Saya merupakan Pakar/Pegawai Perubatan yang merawat pesakit ini telah menerangkan kepada beliau/waris perkara-perkara seperti berikut:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **BIL.** | **PENERANGAN** | **YA** | **TIDAK** |
| 1. | Ubat yang digunakan adalah ubat / indikasi (kegunaan) yang tidak berdaftar dengan Pihak Berkuasa Kawalan Dadah (PBKD) Malaysia. |  |  |
| 2. | Ubat ini merupakan alternatif kepada rawatan beliau.  |  |  |
| 3. | Saya akan memastikan penggunaan ubat ini mengikut prosedur yang telah ditetapkan sepanjang rawatan dijalankan. |  |  |
| 4. | Saya telah memberi peluang kepada pesakit/waris pesakit untuk bertanya tentang penggunaan ubat dalam rawatan ini.  |  |  |

Saya telah menerangkan sepenuhnya kepada pesakit/waris berkenaan kegunaan serta risiko ubat tersebut sepanjang rawatan.

|  |  |
| --- | --- |
| Tandatangan dan cop rasmi Pakar / Pegawai Perubatan: Tarikh: ………………………………………………………………. | Tandatangan dan cop rasmi Pakar Perunding / Ketua Jabatan:Tarikh: ………………………………………………………………. |