



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH  
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA  
Kod Dokumen: HSAAS/MEDIC/BR16

**BORANG PERSETUJUAN PENERIMAAN RAWATAN RISIKO**

**HSAAS Identification Pesakit (*Barcode Label*)**

Nama Penuh Pesakit:

Tarikh Lahir:

No. Kad Pengenalan/ Passport:

**Lain-lain Identiti:**

Jantina:

( ) Lelaki

( ) Wanita

**BAHAGIAN A:**

**PENERANGAN RISIKO TERAPI SITOTOKSIK/ ANTINEOPLASTIK**

**TUJUAN:**

Bahagian ini menerangkan sebahagian penting maklumat umum terapi antineoplastik yang perlu dijelaskan untuk mendapatkan persetujuan pesakit sebelum menerima terapi antineoplastik oleh Pakar Perubatan Onkologi. Penerangan hendaklah lebih terperinci berkaitan dengan maklumat rawatan khusus mengikut regim yang bersesuaian.

**DASAR:**

Nama rawatan Terapi Antineoplastik yang dicadangkan: \_\_\_\_\_

Dicadangkan nombor daripada kitaran rawatan/ tempoh masa: \_\_\_\_\_

**Saya** (Nama Penuh Pakar (Onkologi)/ Pegawai Perubatan dilantik) dan **No. MMC:**

\_\_\_\_\_ telah menerangkan rawatan, kemungkinan akan berlaku, manfaat dan risiko serta sebarang alternatif rawatan yang ada (termasuk tiada rawatan). **Secara khusus, saya telah menjelaskan:**

**MATLAMAT PROSEDUR ADALAH:**

- *Curative/ Kuratif* - untuk memberi peluang terbaik untuk sembuh.
- *Not Curative/ Palliative* - tujuannya adalah untuk mengawal kesan sampingan *staging* penyakit terutamanya jika ia menyebabkan gejala tertentu, untuk membantu dalam penyeliaan kualiti hidup pesakit tetapi bukan untuk menyembuhkan. Maklumat ini lebih terperinci di dalam risalah yang disediakan (lihat di bawah) dan dilampirkan (tandakan jika berkenaan).

**TERMINOLOGI PERUBATAN:**

- Menerangkan cadangan rawatan menggunakan bahasa yang mudah difahami oleh pesakit/ahli keluarga/penjaga.
- Kadangkala boleh menggunakan terminologi rawatan dalam keadaan perubatan bukan perkataan biasa.
- Jika pesakit mempunyai sebarang soalan tentang maksud atau apa-apa perkataan berkenaan rawatan terangkan sehingga pesakit faham sepenuhnya dengan rawatan yang dirancang.



**HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH  
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA  
Kod Dokumen: HSAAS/MEDIC/BR16**

**BORANG PERSETUJUAN PENERIMAAN RAWATAN RISIKO**

**RISIKO DARIPADA KEMOTERAPI:**

Pengurusan Terapi antineoplastik membawa risiko tertentu antaranya;

1. Kegagalan mendapatkan keberkesanan hasil yang dikehendaki
2. Ketidakselesaan
3. Kecederaan dan memerlukan terapi tambahan
4. Risiko pendarahan/ jangkitan
5. Kes jarang berlaku (kematian)

Perbincangan risiko ini, mungkin disebabkan oleh komplikasi, dan alternatif kepada prosedur perubatan.

Kesan daripada rawatan antineoplastik ini adalah seperti berikut:

Alergi tindak balas ubatan	Rendah kadar nilai platelet dan risiko pendarahan
Anemia menyebabkan kelemahan	Rendah kadar <i>White Cell Count</i> dan risiko jangkitan/ infeksi
Tempoh ringkas daripada kealpaan	Mucositis
Sembelit	Loya dan muntah
Cirit-birit	Kebas pada jari tangan dan/atau jari kaki
Pening	Kulit gelap
Keguguran rambut ( <i>Alopecia</i> )	Sensitiviti terhadap cahaya matahari
Kerosakan Hati	Ruam
Kerosakan Buah Pinggang	Perubahan visual
Kerosakan paru-paru	Berat badan menurun
<i>Menopause</i>	Lain-lain; Sila Nyatakan
Kurang selera makan	●
Kesuburan	●

**SYARAT YANG TIDAK DIJANGKA:**

Semasa menjalani rawatan terapi antineoplastik, keadaan tertentu mungkin berlaku diluar jangkaan rawatan sebelumnya; antaranya:

1. Pengurangan dos ubatan neoplastik atau ubatan lain
2. Penangguhan pemberian terapi antineoplastik
3. Penambahan dos ubatan neoplastik atau menukar rejim yang bersesuaian

**PEMINDAHAN/ TRANSFUSI DARAH:**

Sesetengah ubat antineoplastik mungkin mengganggu pengeluaran Sel Darah Merah (*Red Blood Cell*). Pengurangan pengeluaran sel darah merah ini mungkin menyebabkan anda perlu menerima transfusi darah sel darah merah atau platelet. Keputusan pemberian transfusi ini adalah di atas perundingan dan pertimbangan terbaik daripada Pakar Perubatan Onkologi. Semua produk darah yang digunakan oleh HSAAS diperoleh daripada penderma sukarela dan diuji secara menyeluruh. Walau bagaimanapun, tindak balas yang serius jarang berlaku, atau berkemungkinan akan berlaku. Ia mungkin termasuk; demam, tindak balas alahan, jangkitan (termasuk HIV dan Hepatitis), cecair berlebihan, dan pengurangan keupayaan pembekuan.

**TIADA JAMINAN:**

Amalan perubatan bukanlah sains yang tepat dan keputusannya tidak selalu dapat diramalkan. Tiada jaminan boleh dibuat kepada anda tentang spesifik, tempoh atau hasil rawatan terapi antineoplastik oleh kakitangan Pakar Perubatan Onkologi atau sesiapa sahaja di HSAAS.

	<b>HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH</b> <b>UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA</b> <b>Kod Dokumen: HSAAS/MEDIC/BR16</b>
	<b>BORANG PERSETUJUAN PENERIMAAN RAWATAN RISIKO</b>

**BAHAGIAN B:**

**BORANG PERSETUJUAN PERUNDING RAWATAN** (Gariskan pada tidak berkaitan)

Saya Nama/ K/P (pesakit/ waris kepada) ..... BERSETUJU/ TIDAK BERSETUJU menerima satu salinan Risiko Terapi Sitotoksik/ Antineoplastik dan telah berpeluang bercakap dengan pegawai perubatan tentang faedah, hasil yang berpotensi, dan kemungkinan mencapai matlamat terapi yang dirancang; risiko dan kemungkinan komplikasi; alternatif kepada rawatan, termasuk risiko dan faedah berkaitan dengan tidak dirawat; dan masalah yang mungkin berlaku semasa proses pemulihan saya. Saya faham dengan penerangan yang diberikan secara menyeluruh, dan jelas memahami daripada soalan yang telah dijawab.

**PENTING MAKLUMAT UNTUK WANITA DARIPADA HAMIL:** (Gariskan pada tidak berkaitan)

Saya memahami penerangan diberikan dan mengesahkan saya **SEDANG HAMIL/ TIDAK HAMIL** pada masa ini; Saya faham kehamilan itu **PERLU** dielakkan sepanjang tempoh rawatan; saya bersetuju untuk mengambil langkah berjaga-jaga bagi mengelakkan saya mengandung semasa saya sedang menerima rawatan.

**Jika anda mempunyai sebarang isu atau soalan, sila bertanya kepada Pakar Perunding (Onkologi)/ Pegawai Perubatan sebelum anda menandatangani borang ini.**

.....  
 (Tandatangan)  
**Pengesahan Persetujuan Pesakit/ Ibu/ Bapa/ Penjaga**

Nama Penuh:  
 No. Kad Pengenalan/ Passport:  
 Tarikh:  
 Masa:

.....  
 (Tandatangan)  
**Pengesahan Pakar Perunding/ Pegawai Perubatan**

Nama Penuh:  
 No Kad Pengenalan/ Passport:  
 No MMC:  
 Tarikh:  
 Masa:

Saya mengaku bahawa maklumat di atas telah diterangkan oleh Pegawai Perubatan di atas kepada pesakit/ ibu/ bapa/ penjaga/\* \_\_\_\_\_ (sila nyatakan hubungan dengan pesakit).

.....  
 (Tandatangan)  
**Pengesahan Saksi Klinikal**

Nama Penuh:  
 No Kad Pengenalan/ Passport:  
 No MMC/ LJM:  
 Tarikh:  
 Masa: