

	<b>HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH</b> <b>UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA</b> <b>Kod Dokumen: HSAAS/MEDIC/BR21</b>
	<b>BORANG PERSETUJUAN RAWATAN ISOTRETINOIN</b> <b><i>ISOTRETINOIN TREATMENT CONSENT FORM</i></b>

Saya .....  
**(nama seperti dalam Kad Pengenalan)**

Kad Pengenalan bernombor ..... mengesahkan bahawa saya telah dimaklumkan oleh Pegawai Perubatan tentang:

- i. Risiko (kecacatan bayi) dan langkah berjaga-jaga yang berkaitan dengan rawatan Isotretinoin.
- ii. \*Kehamilan mesti dielakkan semasa rawatan dan sekurang-kurangnya sebulan selepas menamatkan rawatan. Saya mesti menggunakan kaedah kawalan kelahiran yang berkesan semasa rawatan dan sekurang-kurangnya sebulan selepas menamatkan rawatan. Sekiranya kehamilan berlaku, saya berjanji untuk memaklumkan kepada Pegawai Perubatan dengan kadar segera.
- iii. Risiko khusus berkaitan dengan Isotretinoin dan saya tidak akan menyerahkan Isotretinoin kepada orang lain, termasuk ahli keluarga dan rakan saya.

Dengan mengetahui sepenuhnya risiko dan langkah berjaga-jaga yang terlibat, saya bersetuju untuk mengambil Isotretinoin untuk kegunaan peribadi sahaja dan mengikut peraturan yang ditetapkan.

Kandungan ini telah dibaca dan dijelaskan kepada saya.

**Nama** : \_\_\_\_\_

**Tarikh** : \_\_\_\_\_

**No. KP** : \_\_\_\_\_

**Tandatangan:** \_\_\_\_\_

**Cap Pegawai Perubatan:**

**\*wanita sahaja**

	<b>HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA Kod Dokumen: HSAAS/MEDIC/BR21</b>
<b>BORANG PERSETUJUAN RAWATAN ISOTRETINOIN ISOTRETINOIN TREATMENT CONSENT FORM</b>	

I .....  
**(Name as per Identity Card).**

Identity card number ..... confirm that I have been informed by  
 Medical Officer about:

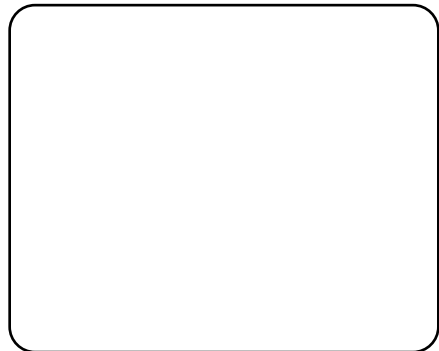
- i. The risks (malformation of babies) and precautions that are associated with Isotretinoin treatment.
- ii. \*Pregnancy must be avoided during treatment and for at least one month after ending treatment. I must use an effective method of birth control during treatment and at least one month after ending treatment. If pregnancy should occur, I undertake to inform the Medical Officer immediately.
- iii. The Medical Officer specifically drew my attention to the risks associated with Isotretinoin to the fact that I will not recommend or hand out Isotretinoin to other persons, including members of my family and friends.

With full knowledge of the risks and precautions involved, I accept to take Isotretinoin for my personal use only and to follow appropriate rules.

The contents herein have been read and explained to me.

**Name** : \_\_\_\_\_  
**Date** : \_\_\_\_\_  
**NRIC No** : \_\_\_\_\_  
**Signature:** \_\_\_\_\_

**Medical Officer's Stamp:**



**\*Women only**