



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/MEDIC/BR22

BORANG KEIZINAN PROSEDUR PATCH TEST
PATCH TEST CONSENT FORM

Dalam ujian ini, sejumlah alergen akan dilekatkan di belakang anda menggunakan plaster khas. Selepas 48 jam, plaster alergen tersebut akan ditanggalkan dan keputusan akan direkodkan 30 minit kemudian. Bacaan akan dilakukan pada hari ketiga dan akan berulang pada hari kelima. Anda boleh mandi tetapi **TIDAK BOLEH** mencuci belakang anda dengan kuat sehingga ujian selesai.

Saya bersetuju untuk meneruskan *patch test* ini dan saya memahami implikasi daripadanya. Sekiranya terdapat sebarang masalah berhubung ujian ini, saya perlu menghubungi klinik dengan segera.

Patch test berfungsi untuk mengenalpasti bahan-bahan di persekitaran yang mungkin boleh menyebabkan alahan kulit. Jika anda mengesyaki bahawa sesuatu bahan atau barang yang ada kaitan dengan masalah kulit anda, sila bawa sampel bahan atau barang tersebut pada hari pertama ujian dijalankan (temujanji pertama).

Ujian atau prosedur ini akan dijalankan Klinik Pakar Perubatan atau Pusat Rawatan Harian Perubatan, Hospital Sultan Abdul Aziz Shah. Anda dikehendaki datang untuk ujian sebanyak tiga (3) kali dalam seminggu ujian dijalankan (Isnin, Rabu dan Jumaat). Sekiranya anda tidak dapat hadir pada tarikh yang ditetapkan, sila hubungi pihak hospital untuk mendapatkan tarikh baru.

Ujian ini melibatkan penggunaan beberapa agen yang berpotensi menjadi penyebab masalah dan ditampal di bahagian belakang badan atau lengan semasa temujanji pertama. Reaksi yang terdapat pada kulit anda akan dicatat pada temujanji kedua dan ketiga. Keputusan ujian akan diberitahu kepada anda pada hari ketiga temujanji.

Untuk mendapatkan keputusan ujian yang memuaskan dan tepat, beberapa perkara berikut perlu diikuti:

1. Elakkan penggunaan **krim steroid** di belakang dada dan lengan anda **48 jam** sebelum ujian dan sepanjang ujian.
2. Elakkan pengambilan **oral steroid** enam (6) minggu sebelum ujian jika dose ubat lebih daripada **10mg**.

Saya bersedia untuk menerima sebarang risiko yang mungkin timbul daripada ujian ini.

NAMA	:	PEGAWAI PERUBATAN	:
NO. K/P	:	NO. K/P	:
TANDATANGAN	:	TANDATANGAN	:
TARIKH	:	TARIKH	:

Saya, _____, No. K/P _____
membenarkan / tidak memberi kebenaran *anak / anak bawah jagaan saya untuk menjalani *patch test*.

Tandatangan: _____ Tarikh: _____
(Ibubapa / penjaga yang sah perlu tandatangan jika berumur **kurang daripada 18 tahun**)



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/MEDIC/BR22

**BORANG KEIZINAN PROSEDUR PATCH TEST
PATCH TEST CONSENT FORM**

In this procedure, a certain amount of allergens will be applied on your back. The allergens will be removed after 48 hours. The results will be recorded 30 minutes after the removal of the allergens. The reading will be done on the third day and may be repeated on the fifth day. You can take a bath but **DO NOT** wash your back thoroughly until the test is completed. Patch Test serves to identify substances in the environment that may cause skin allergies. If you suspect that a substance or item is related to your skin problem, please bring a sample of the substance or item on the 1st day the test is conducted (1st appointment).

This procedure will be performed at the Medical Day Care or Medical Specialist Clinic, Hospital Sultan Abdul Aziz Shah, UPM. You are required to come for the procedure 3x/week (Monday, Wednesday, and Friday). If you are unable to attend the scheduled date, please contact the hospital to get a new date.

This procedure involves the use of several allergens that are potentially the cause of the problem that are patched on the back of the body or arms during the 1st appointment. Reactions to your skin will be noted at the 2nd and 3rd appointments. Results will be notified to you on the 3rd day of the appointment.

I agree to go through in this patch test, and I understand the implication of it. In case I develop any problem in relation to the above procedure, I need to contact the clinic immediately.

To get a satisfactory and accurate result, the following things to be followed:

1. Avoid using **steroid creams** on the back and arms **48 hours** before the test and throughout the test.
2. Avoid taking **oral steroids** 6 weeks before the procedure if the drug dose is more than **10mg**

I am willing to accept any risk that may arise from this test.

NAME	:	MEDICAL OFFICER	:
I/C NO.	:	I/C NO.	:
SIGNATURE	:	SIGNATURE	:
DATE	:	DATE	:

I, _____, IC No, _____ allow / disallow *my child / child under my care to undergo a patch test.

Signature: _____ Date: _____
(Parents / legal guardians need a signature if under 18 years of age)