



**HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH  
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA  
Kod Dokumen: HSAAS/PSY/BR85**

**BORANG KEIZINAN TELEKONSULTASI**

Saya..... ibu/bapa/penjaga kepada ..... (jika berkenaan) mengesahkan bahawa saya telah menerima maklumat yang diperlukan untuk menandatangani borang ini dan bersetuju untuk saya sendiri/anak saya mengambil bahagian dalam sesi telekonsultasi di Hospital Sultan Abdul Aziz Shah UPM di bawah pakar klinikal .....

Saya faham bahawa:

1. Klinik Pakar Psikiatri mempunyai akses ke semua sumber teknologi yang diperlukan dengan tujuan untuk mengurangkan risiko pelanggaran kerahsiaan dan/atau kehilangan maklumat semasa penghantaran fail elektronik yang mengandungi data klinikal.
2. Telekonsultasi adalah peribadi. Semua peserta dapat dilihat di skrin dan merupakan kakitangan yang diberi kuasa secara eksklusif.
3. Telekonsultasi tidak akan dirakam dalam keadaan apa pun. Ini memastikan bahawa tidak ada orang lain yang dapat mengakses perundingan tanpa kebenaran daripada pihak yang terlibat.
4. Mungkin perlu untuk berkongsi maklumat mengenai saya bagi saya mendapatkan rawatan yang optimum. Ini termasuk rancangan kecemasan yang telah dipersetujui untuk menghubungi saudara / penjaga saya sekiranya terdapat risiko membahayakan diri sendiri/orang lain.
5. Dengan ini saya membenarkan akses ke maklumat saya dengan satu-satunya tujuan untuk memberi rawatan yang sesuai dengan keadaan kesihatan saya.
6. Profesional kesihatan yang terlibat dalam merawat saya boleh membincangkan kes saya dengan profesional kesihatan yang berkaitan untuk tujuan kesihatan dan pendidikan yang optimum. Namun professional kesihatan tersebut akan menganonimkan mengenai saya semasa perbincangan.
7. Dengan ini saya membenarkan bahawa selain fail yang disimpan oleh profesional perunding, ringkasan telekonsultasi akan dimasukkan ke dalam fail saya di klinik pakar psikiatri.
8. Persetujuan saya untuk pendedahan maklumat mengenai saya akan tetap berlaku sementara fail saya tetap aktif di klinik pakar psikiatri atau selama satu tahun pada tarikh borang ini ditandatangani.

Sebagai saksi, saya dengan ini mengesahkan bahawa:

- Saya telah membaca dan memahami dokumen ini.
- Saya berkesempatan untuk menanyakan semua soalan dan memperoleh jawapan yang memuaskan.
- Saya dapat membuat keputusan yang bebas dan terang mengenai menjalankan telekonsultasi.

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan Pesakit/Waris/Penjaga)

Nama:

No. Kad Pengenalan:

Tarikh:

\_\_\_\_\_  
(Tandatangan Pakar Klinikal)

Nama:

No. Kad Pengenalan:

Tarikh: