

	HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA Kod Dokumen: HSAAS/UKA/BR226
	BORANG PERSETUJUAN <i>BLOOD BORNE DISEASE</i> CONSENT FORM BLOOD BORNE DISEASE

PENGURUSAN PENYAKIT VIRUS BAWAAN DARAH DAN KECEDERAAN TAJAM DI KLINIK PAKAR PERUBATAN PEKERJAAN
MANAGEMENT OF BLOOD BORNE VIRAL INFECTIONS AND SHARP INJURY AT OCCUPATIONAL MEDICINE CLINIC

Perkara yang berkaitan dengan latihan dan/atau pekerjaan oleh staf yang dijangkiti virus bawaan darah (HIV, Hep B, Hep C) atau kecederaan tajam perlu dikoordinasi oleh Doktor Kesihatan Pekerja yang diiktiraf.

All matters arising from and relating to the training and/or employment of staff living with BBVs (HIV, Hep B, Hep C) or sharp injury should be coordinated through an accredited Occupational Health Doctor.

KEIZINAN DARIPADA PESAKIT
PATIENT CONSENT

Merujuk kepada Garis Panduan Pengurusan Pekerja Kesihatan yang dijangkiti Human Immunodeficiency Virus (HIV), Hepatitis B Virus (HBV) dan Hepatitis C Virus (HCV), Unit Kesihatan Awam perlu memaklumkan mengenai kejadian kes HIV, Hep B dan Hep C kepada Pengarah Hospital. Oleh kerana keperluan ini, saya mengambil maklum dan membenarkan status penyakit bawaan darah saya dimaklumkan kepada pihak yang berkenaan jika diperlukan dengan mengambilkira kerahsiaan berkaitan penyakit berjangkit. Saya juga membenarkan dan bersetuju pihak Unit Kesihatan Awam HSAAS untuk mengambil darah HIV, Hep B dan Hep C mengikut proses dan keperluan yang ditetapkan.

Referring to Guidelines On Management Of Health Care Workers Infected With Human Immunodeficiency Virus (HIV), Hepatitis B Virus (HBV) and Hepatitis C Virus (HCV), Public Health Unit should disclose to the hospital director about the incidence of HIV, Hep B and Hep C cases. Due to this requirement, I am aware and authorize my blood borne viral status to be informed to relevant parties if necessary taking into account the confidentiality of infectious disease. I do hereby authorize and consent Public Health Unit HSAAS to take HIV, Hep B and Hep C blood according to process and requirement.

Nama penuh:

Full name:

No KP:

IC No.:

<p>.....</p> <p>Tandatangan/ Cap Jari</p> <p><i>Signature/ Thumbprint</i></p>	<p>.....</p> <p>Tandatangan</p> <p><i>Signature</i></p>
<p>Nama Pesakit</p> <p><i>Patient's Name</i> :</p> <p>No. K/Pengenalan</p> <p><i>I/C No./Passport No</i> :</p> <p>Tarikh</p> <p><i>Date</i> :</p>	<p>Saksi:</p> <p><i>Witness</i> :</p> <p>Nama</p> <p><i>Name</i> :</p> <p>No. K/P</p> <p><i>I/C No./Passport No.:</i></p>