



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/FAR/BR207

**BORANG KEIZINAN UNTUK MENJALANI RAWATAN
DENGAN UBAT DILUAR INDIKASI (OFF-LABEL)**

Masukkan borang ini di dalam FAIL PESAKIT dan satu salinan dihantar ke JABATAN FARMASI

NAMA UBAT : **TARIKH** :

INDIKASI OFF-LABEL :

NAMA PESAKIT :

NO. KAD PENGENALAN :

JABATAN/WAD/UNIT :

A) PENYATAAN KEIZINAN DARIPADA PESAKIT

Saya telah diberitahu oleh doktor dan saya faham tentang penggunaan ubat dan rawatan yang akan diberikan kepada saya seperti berikut :

- | | | | | |
|---|----|--------------------------|-------|--------------------------|
| 1. Ubat digunakan untuk indikasi (kegunaan) yang tidak berdaftar dengan Pihak Berkuasa Kawalan Dadah (PBKD) Malaysia | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> |
| 2. Ubat ini merupakan alternatif kepada rawatan saya | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> |
| 3. Saya bertanggungjawab sepenuhnya terhadap segala risiko sepanjang penggunaan ubat ini dan rawatan yang akan dijalankan | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> |
| 4. Saya telah diberi peluang untuk bertanya tentang rawatan ini. | Ya | <input type="checkbox"/> | Tidak | <input type="checkbox"/> |

Saya faham bahawa dengan menandatangani borang ini, saya bersetuju untuk bertanggungjawab terhadap penggunaan ubat ini sepanjang rawatan diberikan

Nama pesakit/ waris : No. Kad Pengenalan pesakit/ :
waris

Tandatangan pesakit/waris :

B) PENYATAAN DARIPADA PAKAR/PEGAWAI PERUBATAN

Saya telah menerangkan semua seperti di atas kepada pesakit dan akan memastikan penggunaan ubat ini mengikut prosedur yang telah ditetapkan sepanjang rawatan dijalankan.

Tandatangan dan cap rasmi Pakar/ Pegawai Perubatan : Tarikh :

No. Kad Pengenalan Pakar/Pegawai Perubatan :

Tandatangan dan cap rasmi Ketua Jabatan : Tarikh :