



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

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 penggunaan ubat tersebut dalam 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 cop rasmi Pakar/Pegawai Perubatan : ..... Tarikh : .....

No. Kad Pengenalan Pakar/Pegawai Perubatan : .....

Tandatangan dan cop rasmi Ketua Jabatan : ..... Tarikh : .....