



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

BAHAGIAN A: MAKLUMAT PESAKIT			
NAMA PESAKIT	NO. KAD PENGENALAN	JABATAN/WAD/UNIT	
	NO. MRN	JANTINA	
		UMUR	
BAHAGIAN B: PENYATAAN KEIZINAN DARIPADA PESAKIT			
SAYA TELAH DIBERITAHU DOKTOR DAN SAYA FAHAM TENTANG PENGGUNAAN UBAT DAN RAWATAN YANG AKAN DIBERIKAN KEPADA SAYA SEPERTI BERIKUT:			SILA TANDAKAN (√)
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"/>
BAHAGIAN C: MAKLUMAT RAWATAN			
NAMA UBAT		INDIKASI OFF-LABEL	
RISIKO MENGAMBIL UBAT INI			
RISIKO TIDAK MENGAMBIL UBAT INI			
BAHAGIAN D: PENYATAAN DARIPADA PAKAR/PEGAWAI PERUBATAN*			
SAYA MERUPAKAN PAKAR/PEGAWAI PERUBATAN* YANG MERAWAT PESAKIT INI DAN SAYA TELAH MENERANGKAN KEPADA BELIAU/WARIS* PERKARA-PERKARA SEPERTI BERIKUT:			SILA TANDAKAN (√)
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 beliau.			Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
3. Saya akan memastikan penggunaan ubat ini mengikut prosedur yang telah ditetapkan sepanjang rawatan dijalankan.			Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
4. Saya telah memberi peluang kepada beliau untuk bertanya tentang penggunaan ubat dalam rawatan ini.			Ya <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/>
BAHAGIAN E: PENGAKUAN PAKAR/PEGAWAI PERUBATAN*			
SAYA TELAH MENERANGKAN SEPENUHNYA KEPADA PESAKIT/WARIS* BERKENAAN KEGUNAAN SERTA RISIKO UBAT TERSEBUT SEPANJANG RAWATAN.			
NAMA DOKTOR	TANDATANGAN DAN COP RASMI	NO. KAD PENGENALAN	TARIKH
BAHAGIAN F: PERSETUJUAN PESAKIT/WARIS*			
SAYA FAHAM DAN BERSETUJU UNTUK MENGAMBIL UBAT DI ATAS SEPANJANG RAWATAN DIBERIKAN.			
NAMA PESAKIT/WARIS*	TANDATANGAN	NO. KAD PENGENALAN	TARIKH
BAHAGIAN G: DISAKSIKAN OLEH			
NAMA	TANDATANGAN	NO. KAD PENGENALAN	TARIKH
BAHAGIAN H: TANDATANGAN KETUA JABATAN			
TANDATANGAN DAN COP RASMI			TARIKH

*Sila potong yang mana tidak berkenaan