Universiti Kebangsaan Malaysia
The National University of Malaysia

HCTM
HOSPITAL CANSELOR TUANKU MUHRIZ

POLISI PENGGUNAAN UBAT SAMPEL







JABATAN FARMASI HOSPITAL CANSELOR TUANKU MUHRIZ, 2026

CEKAP, PANTAS, MESRA

IMAN ILMU AMAL

MALAYSIA MADANI TEKAD57 IMAN ILMU AMAL

SUSTAINABLE DEVELOPMENT GOALS

#126 QS WORLD UNIVERSITY RANKINGS

#53 Times Higher Education Impact Rankings

POLISI PENGGUNAAN UBAT SAMPEL

HOSPITAL CANSELOR TUANKU MUHRIZ

POLISI PENGGUNAAN UBAT SAMPEL

Tujuan

Polisi ini bertujuan untuk menetapkan garis panduan yang jelas bagi penerimaan, penyimpanan, pengagihan, penggunaan, pemantauan dan pelupusan sampel ubat yang dibekalkan oleh syarikat farmaseutikal kepada pesakit di Hospital Canselor Tuanku Muhriz (HCTM). Polisi ini memastikan keselamatan pesakit, ketelusan proses, pematuhan kepada undang-undang dan dasar dalaman HCTM serta pengurusan risiko yang sistematik.

Skop

Polisi ini wajib dipatuhi oleh semua pihak (doktor, farmasi, syarikat ubat, dan pesakit). Ia merangkumi semua sampel ubat di HCTM, di mana sampel tersebut hanya boleh digunakan untuk tujuan rawatan pesakit sahaja dan bukan untuk kegunaan lain.

Prinsip Umum

1) Sampel ubat disediakan secara percuma oleh syarikat farmaseutikal untuk rawatan pesakit di HCTM.

2) Tiada Kewajipan Pembelian: Pakar perubatan perlu menukar kepada alternatif sedia ada selepas tempoh pensampelan tamat; jabatan farmasi tidak terikat untuk membeli ubat selepas tempoh pensampelan tamat ataupun disebabkan gangguan stok.

3) Pesakit mesti diberi maklumat penuh tentang polisi penggunaan ubat sampel dan memberi persetujuan sebelum menerima rawatan dengan ubat sampel.

4) Pesakit mesti dimaklumkan bahawa produk sampel bukan harta HCTM serta diberitahu tentang kos ubat sekiranya perlu membeli di luar HCTM selepas tempoh persampelan atau disebabkan gangguan stok.

5) Semua sampel mesti direkodkan dalam inventori khas, disimpan di lokasi yang ditetapkan dengan kawalan suhu dan keselamatan, dan diaudit secara berkala.

6) Penggunaan sampel hendaklah mematuhi peraturan undang-undang berkaitan dan dasar keselamatan ubat HCTM.

Tanggungjawab

1) Doktor

a) Mengisi borang permohonan atas talian dan menghantar surat niat kepada Pengarah HCTM untuk kelulusan sebelum menerima sampel.

b) Menentukan kawasan penyimpanan dan melantik orang yang bertanggungjawab untuk inventori dan stok sampel.

c) Mendapatkan persetujuan pesakit menggunakan borang persetujuan pesakit selepas penerangan lengkap tentang status sampel, risiko, dan kos jika perlu dibeli di luar HCTM.

d) Memantau pesakit, merekodkan dan melaporkan sebarang kesan sampingan atau alahan kepada Unit Maklumat Ubat, Jabatan Farmasi.

e) Menyusun pelan rawatan alternatif apabila tempoh pensampelan tamat.

2) Syarikat Farmaseutikal

a) Menyediakan surat tawaran sampel, sebut harga anggaran kos dan maklumat produk.

b) Memastikan setiap unit bungkusan ditanda dengan jelas sebagai "FREE SAMPLE - NOT FOR SALE".

c) Menyediakan arahan penyimpanan, tarikh luput, dan syarat penghantaran.

d) Menghantar ubat yang diluluskan terus kepada Doktor/Jabatan pemohon hanya setelah pengesahan kelulusan Pengarah diperolehi.

3) Jabatan Farmasi

a) Menyemak kesesuaian klinikal permohonan dan menyelaraskannya dengan matlamat formulari HCTM serta mendapatkan sokongan JKTU jika perlu.

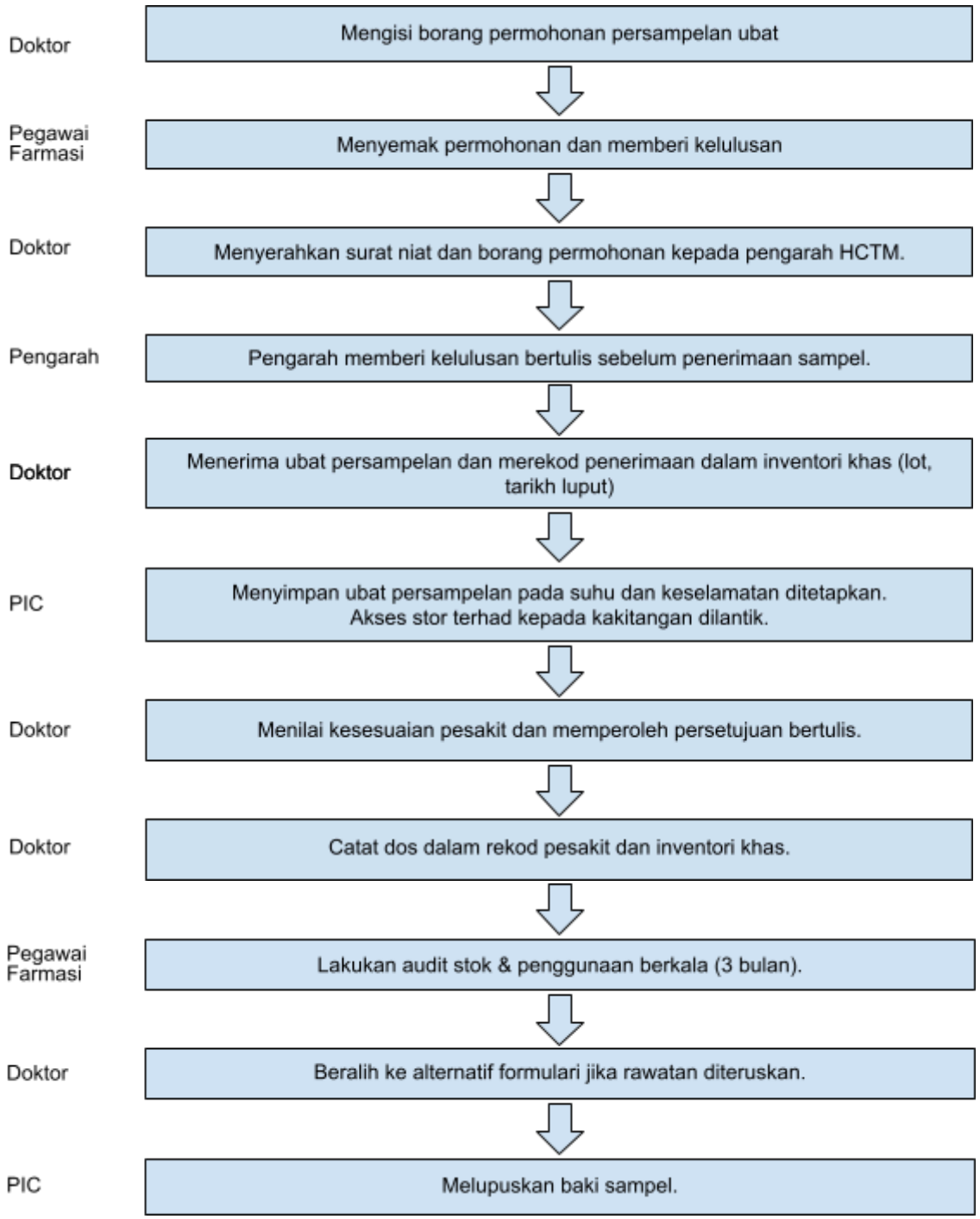
b) Menjalankan pemeriksaan stor setiap 3 bulan untuk memastikan sampel dikendalikan atau dilupuskan mengikut prosedur. Pihak Farmasi berhak melupuskan ubat yang luput, tidak disimpan dengan betul, atau yang masih berbaki selepas tempoh kelulusan tamat.

4) Pesakit/ Waris

a) Mematuhi arahan penggunaan dan penyimpanan ubat.

b) Memahami dan bersetuju dengan polisi penggunaan ubat sampel.

Aliran Prosedur Pengendalian Sampel Ubat



Lampiran 1

HCTM/JKIK/FAR/B (Pin. 1/2025)
Tarikh Kuatkuasa: 1/10/2025

DEPARTMENT OF PHARMACY / JABATAN FARMASI
DRUG SAMPLING AGREEMENT FORM / BORANG PERJANJIAN PERSAMPELAN UBAT

Drug Details Butiran Ubat	
Name of active ingredient Nama bahan aktif	
Sampling period Tempoh persampelan	
Doctor's Role Peranan Doktor	
1. Fill in sample use application form to use medication sample and send a request letter to the director of HCTM. 1. Mengisi borang permohonan penggunaan sampel ubat dan menghantar surat permohonan kepada Pengarah HCTM.	
2. Identify storage area and person accountable for sample inventory and stock 2. Mengenal pasti kawasan penyimpanan dan individu yang bertanggungjawab terhadap inventori dan stok sampel.	
3. Obtain patient consent to use sample drug after a complete explanation of the sample status, risks, and costs if it needs to be purchased outside of HCTM after the sampling period. 3. Mendapatkan keizinan pesakit untuk menggunakan ubat sampel selepas memberi penjelasan lengkap mengenai status sampel, risiko, serta kos sekiranya ubat perlu dibeli di luar HCTM selepas tempoh pemberian sampel berakhir.	
4. Report any adverse reactions or allergies officially to Drug Information Pharmacy. 4. Melaporkan sebarang kesan sampingan atau alahan secara rasmi kepada Pusat Maklumat Ubat.	
5. Develop an alternative treatment plan when the sampling period ends. 5. Merangka pelan rawatan alternatif apabila tempoh pemberian sampel tamat.	
Name of doctor Nama doktor	
Doctor's signature Tandatangan doktor	
Date Tarikh	

Pharmaceutical Company's Role Peranan Wakil Syarikat	
1. **Provide sample offer letter, cost estimate quote and product information of storage conditions, expiry and delivery conditions.** 1. Menyediakan surat tawaran sampel, sebut harga anggaran kos, serta maklumat produk mengenai keadaan penyimpanan, tarikh luput, dan syarat penghantaran.	
2. **Provide quotation for estimation of sampling drug total cost.** 2. Menyediakan sebut harga bagi anggaran jumlah kos ubat sampel.	
3. Supply drug sample directly to the Doctor/Department only after confirmation of approval from the Hospital Director is obtained. 3. Membekalkan sampel ubat secara terus kepada Doktor/Jabatan hanya setelah pengesahan kelulusan daripada Pengarah diperoleh.	
Name of company representative Nama wakil syarikat	
Company representative's signature Tandatangan wakil syarikat	
Date Tarikh	
Pharmacist's Role Peranan Pegawai Farmasi	
1. Process Online Request form. 1. Memproses borang permohonan dalam talian.	
2. Screen status of sample and feasibility of use within formulary / non-formulary context. 2. Menyaring status sampel dan kebolehlaksanaan penggunaan dalam konteks formulari / bukan formulari.	
3. Submit to JKTU for endorsement (if necessary). 3. Mengemukakan permohonan kepada JKTU untuk sokongan (jika perlu).	
4. Check storage after 3 months to ensure all samples cleared from the storage area. 4. Memeriksa tempat penyimpanan selepas 3 bulan bagi memastikan semua sampel telah dikeluarkan dari kawasan penyimpanan.	
Pharmacist's name Nama pegawai farmasi	
Pharmacist's signature Tandatangan pegawai farmasi	
Date Tarikh	

Lampiran 2

PATIENT CONSENT FORM: USE OF SAMPLE MEDICATIONS
BORANG PERSETUJUAN PESAKIT: PENGGUNAAN UBAT SAMPEL

Patient Name / Nama Pesakit: _____

ID No. / No. KP: _____**RN:** _____

Klinik/Wad / Clinic/Ward: _____

1. Acknowledgment of Policy / Perakuan Polisi

I understand that this sample drug prescribed to me (Name of Drug: _____) is not part of the standard HCTM inventory. I agree that the HCTM Pharmacy Department is NOT bound or obligated to purchase this medication once the sampling period ends or if there is a discontinuation of supply by the company.

Saya faham bahawa sampel yang dipreskrib untuk saya (Nama Ubat: _____) ini bukan sebahagian daripada inventori standard HCTM. Saya bersetuju bahawa Jabatan Farmasi HCTM TIDAK terikat atau wajib membeli ubat ini setelah tempoh pensampelan tamat atau sekiranya terdapat gangguan bekalan oleh pihak syarikat.

2. Future Procurement and Costs / Perolehan Masa Hadapan dan Kos

I have been informed and understand that if the sample supply ends and the doctor determines I must continue this specific treatment, I may be required to purchase the medication from outside pharmacies at my own expense. My doctor has informed me of the estimated cost.

Saya telah dimaklumkan dan faham bahawa jika bekalan sampel tamat dan doktor menetapkan rawatan ini perlu diteruskan, saya mungkin perlu membeli ubat tersebut daripada farmasi luar dengan perbelanjaan sendiri. Doktor saya telah memaklumkan anggaran kos ubat tersebut.

Consent / Keizinan:

By signing below, I confirm that I have received a full explanation regarding this policy and I voluntarily agree to receive the sample medication under these terms.

Dengan menandatangani di bawah, saya mengesahkan bahawa saya telah menerima penerangan penuh mengenai polisi ini dan saya secara sukarela bersetuju untuk menerima ubat sampel di bawah syarat-syarat ini.

Patient / Next of Kin Signature: _____

(Tandatangan Pesakit / Waris)

Date / Tarikh: _____

Witness / Doctor Signature and Stamp: _____

(Tandatangan dan Cop Saksi / Doktor)