

**BORANG KEIZINAN UNTUK MENJALANI RAWATAN  
MENGUNAKAN UBAT/INDIKASI YANG TIDAK BERDAFTAR  
DENGAN MANA-MANA BADAN REGULATORI DI SELURUH DUNIA**

***CONSENT FORM FOR OFF-LABEL TREATMENT***

<b>Nama ubat:</b> <b><i>Name of medicine:</i></b>	
<b>Dos dan kekerapan:</b> <b><i>Dosage and frequency:</i></b>	
<b>Indikasi:</b> <b><i>Indication:</i></b>	

Dengan menandatangani di bawah, saya mengesahkan bahawa:

*By signing below, I hereby confirm the following:*

- Saya telah diberi maklumat tentang ubat di atas secara lisan dan saya memahami bahawa ubat/indikasi yang diberikan kepada saya/anak saya/waris di bawah jagaan saya adalah tidak berdaftar dengan mana-mana badan regulatori di seluruh dunia.  
*I have been given verbal information for the above medicine and understand that this medicine/indication given to me/my child/person under my care is not registered with any regulatory body worldwide.*
- Saya telah diberikan masa yang secukupnya untuk mempertimbangkan risiko dan manfaat ubat ini.  
*I have had sufficient time to consider the risks and benefits of this medicine.*
- Saya telah diberi peluang untuk bertanyakan soalan dan semua persoalan saya telah dijawab dengan memuaskan.  
*I have had the opportunity to ask questions and all my questions have been answered satisfactorily.*

- Saya telah diberi maklumat tentang rawatan alternatif (jika ada) untuk penyakit saya/anak saya/waris di bawah jagaan saya. Saya memahami saya boleh memilih untuk tidak setuju dengan ubat yang disyorkan serta akibat dari keputusan ini.

*I have been informed of alternative treatment options (if any) for me/my child's/person under my care medical condition. I am aware that I can choose to not agree to being prescribed with this medication and understand the consequence(s) of such a decision.*

- Saya faham bahawa keputusan saya adalah secara sukarela.

*I understand that my decision is voluntary.*

- Saya juga memahami tentang risiko dan manfaat ubat ini dan saya secara sukarela memberi persetujuan untuk saya/anak saya/waris di bawah jagaan saya untuk menerima ubat/indikasi tidak berdaftar ini seperti yang diterangkan kepada saya oleh pakar/pegawai perubatan.

*I understand the risks and benefits, and I freely consent myself/my child/person under my care to receive either the unregistered medication or for the unregistered indication (off-label use) which has been duly explained by specialist/medical officer.*

**Pesakit/Waris:**

**Patient/Next of kin:**

Tandatangan: <i>Signature:</i>
Nama: <i>Name:</i>
No. kad pengenalan: <i>I/C no.:</i>
Hubungan dengan pesakit (jika berkenaan): <i>Relationship to patient (where applicable):</i>
Tarikh: <i>Date:</i>

**Pakar/pegawai perubatan:**

**Specialist/medical officer:**

Tandatangan: <i>Signature:</i>	Cop rasmi: <i>Official stamp:</i>
Nama: <i>Name:</i>	
No. kad pengenalan: <i>I/C no.:</i>	
Jawatan: <i>Designation:</i>	
Tarikh: <i>Date:</i>	

**Saksi:**

*(Diperlukan jika pesakit/waris tidak memahami penerangan yang diberikan oleh doktor)*

**Witness:**

*(Required if patient/next of kin cannot understand what is being explained by the doctor)*

Tandatangan: <i>Signature:</i>
No Kad Pengenalan: <i>I/C number.</i>
Nama: <i>Name:</i>
Hubungan dengan pesakit (jika berkenaan): <i>Relationship to patient (where applicable):</i>
Tarikh: <i>Date:</i>