



PEJABAT KESIHATAN SEGAMAT
KEIZINAN MENERIMA RAWATAN TRANSFUSI ZAT BESI (IV COSMOFER)

Saya, _____ No kad pengenalan _____ dengan ini bersetuju dan memberi keizinan untuk :

(A) menyerahkan *anak / jagaan saya, _____ No Kad Pengenalan _____

(B) memulakan rawatan transfusi zat besi (IV Cosmofer). Saya juga telah menerima penerangan berkaitan:

1. Indikasi dan objektif rawatan IV Cosmofer
2. Cara pemberian rawatan (*Intra Venous*)
3. Kebarangkalian kesan sampingan rawatan IV Cosmofer iaitu:
 - a. Reaksi alahan (anafilaksis): Boleh menyebabkan kesukaran bernafas, ruam, atau pening yang memerlukan rawatan kecemasan segera (jarang berlaku tetapi serius).
 - b. Kesan pewarnaan kulit (*skin staining*): Perubahan warna kulit kepada keperangan sekiranya ubat bocor keluar dari saluran darah ke tisu sekitar.
 - c. Kesan ringan: Loya, pening kepala, rasa logam di dalam mulut, sakit otot atau sendi, dan kemerahan atau sakit pada tempat suntikan.

Saya mengaku bahawa saya faham akan penerangan yang diberikan dengan sepenuhnya dan bersetuju untuk sebarang prosedur tambahan atau alternatif sebagaimana yang didapati perlu semasa rawatan tersebut

Ditandatangani : _____
(*Pesakit/Ibu/Bapa/Penjaga)

Hubungan/Tali Persaudaraan: _____

No. KP/ID : _____

Tarikh : _____

Peringatan:

- Jika seseorang itu memberi keizinan sebagai seorang penjaga, hendaklah hubungan/tali persaudaraannya dijelaskan di bawah tandatangannya.
- Saksi boleh terdiri dari pengamal berdaftar/jururawat yang tidak terlibat secara langsung dengan rawatan dan tiada hubungan/tali persaudaraan dengan pesakit atau pengamal yang meminta keizinan.

Saksi:

Tandatangan : _____

Nama : _____

No. KP/ID : _____

Jawatan : _____

Tarikh : _____

Penterjemah (jika ada):

Tandatangan : _____

No. KP/ID : _____

Tarikh : _____

Bahasa yang digunakan : _____

Saya mengakui bahawa saya telah menerangkan maklumat/tatacara, tujuan dan risiko rawatan ini kepada *pesakit/ibu/bapa/penjaga.

Ditandatangani: _____

No. MPM : _____

Tarikh : _____

Cap Jawatan : _____

Peringatan:

Sebarang pindaan kepada borang ini hendaklah dibuat sebelum penerangan diberi dan borang dikemukakan untuk ditandatangani.

TOTAL DRUG INFUSION (TDI) COSMOFER PROTOCOL

- IV Cosmofer total dose infusion (TDI) is given up to 20 mg iron/kg body weight over 4 to 6 hours.
- If the required dose is more than the maximum dose (20 mg/kg), to give the maximum dose and reassess later the need for another round of TDI.

INSTRUCTIONS

- **Dilution:** 0.9% sodium chloride solution (normal saline). Maximum dilution volume in 500 ml normal saline.
- **Test dose-** To be given first: 25 mg (0.5 mL) diluted in 100 ml normal saline over 15 minutes
- **Full dose-** Subsequently if there are no reactions, the remainder diluted Cosmofer in the remaining 400 mL normal saline at 100 mL per hour till finish over 4 to 6 hours.
- Observe patient 30 minutes after completion of infusion
- If presence of any allergic symptom regardless of severity at any stage, kindly omit and inform MO/FMS immediately for rapid assessment

VITAL SIGN MONITORING CHART

Timing	Date/Time started	IV infusion	BP	PR	Spo2	Temp	FHR	Initial
TEST DOSE 0 min		25 mg in 100 ml NS over 15 min (10-20 gtt/min)						
15 min		20 gtt/min						
30 min		20 gtt/min						
45 min		20 gtt/min						
1 st hour		20 gtt/min						
2 nd hour		40 gtt/min						
3 rd hour		40 gtt/min						
4 th hour		40 gtt/min						
5 th hour		40 gtt/min						