



PEJABAT KESIHATAN SEGAMAT

KEIZINAN MENERIMA RAWATAN TRANSFUSI ZAT BESI (IV VENOFR)

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 Venofer). Saya juga telah menerima penerangan berkaitan:

1. Indikasi dan objektif rawatan IV Venofer
2. Cara pemberian rawatan (*Intra Venous*)
3. Kebarangkalian kesan sampingan rawatan IV Venofer iaitu:
 - a. Reaksi anafilaksi (tekanan darah rendah, sesak nafas, nadi laju)
 - b. Reaksi alergi setempat (ruam atau gatal-gatal, muka bengkak)
 - c. Gejala gastrointestinal
 - d. Demam dan sakit sendi (*delayed reaction*)

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.

IV VENOFER ADMINISTRATION RECORD

Patient's name : _____ Prescribed by : _____
 IC number : _____ Date prescribed : _____

Venofer total iron dose required : _____
 Total number of venofer ampoules : _____

Dose	Date / Time started	IV Infusion	Time	BP	PR	SPO2	Temp	FHR	Initial
Test dose		20mg in 20 ml over 15 min (infusion rate: 27gtt/min)							
1									
2									
3									

Dose	Date / Time started	IV Infusion	Time	BP	PR	SPO2	Temp	FHR	Initial