

**BORANG PERMOHONAN DAN PEMBATALAN KAD ALAHAN UBAT
(DRUG ALLERGY CARD REQUEST & CANCELLATION FORM)
PROGRAM PERKHIDMATAN FARMASI, KKM**

HOSPITAL/KLINIK KESIHATAN: _____

A. MAKLUMAT PESAKIT

Nama: _____

Alamat: _____

No. Telefon: _____ No. KP/Passport: _____

Emel: _____

B. MAKLUMAT ALAHAN

JENIS PERMOHONAN:

1. Permohonan Kad Alahan Baharu
2. Permohonan Penggantian Kad Alahan hilang/rosak.
3. Pembatalan Kad Alahan, pilih satu justifikasi:
- i. Ujian diagnostik mengesahkan ketiadaan alahan
 - ii. Pengesahan bukan alahan melalui "re-challenge"
 - iii. Simptom adalah konsisten dengan ADR, bukan alahan
 - iv. Ketiadaan alahan dilaporkan sendiri oleh pesakit
 - v. Lain-lain: _____

BUTIR ALAHAN:

Bil	Nama Ubat	Reaksi Alahan	Tahap Keterukan (Mild/Moderate/ Severe)	Status Alahan (Confirmed/Suspected/ To be confirmed/ Removed)	Catatan
1					
2					
3					
4					

C. MAKLUMAT PEMOHON (PEGAWAI PERUBATAN/PERGIGIAN)

Nama Doktor: _____

Hospital/
Klinik: _____ Wad/Unit: _____

Tandatangan/
Cop Rasmi: _____ No. Tel: _____

D. MAKLUMAT KAD ALAHAN (KEGUNAAN JABATAN FARMASI)

No. Siri Kad: DAC- _____ Tarikh Kad Dikeluarkan/
Dibatalkan: _____

Status Permohonan
: LULUS
 TOLAK Alasan: _____

Nama Pengeluar: _____

Tandatangan/
Cop Rasmi: _____ Hospital/
Klinik: _____

E. MAKLUMAT PENERIMAAN OLEH PESAKIT

Saya _____ pesakit/penjaga, nombor kad pengenalan/Pasport _____ dengan ini telah menerima kad alahan dan telah diberi penerangan sewajarnya berkaitan keperluan pemakluman atau menunjukkan kad alahan ini apabila berjumpa pegawai perubatan, pegawai farmasi, pegawai pergigian atau anggota kesihatan lain.

Saya _____ pesakit/penjaga, nombor kad pengenalan/Pasport _____ dengan ini bersetuju kad alahan dikembalikan dan telah diberikan penerangan sewajarnya.

Tandatangan/Cop Peg. Farmasi
Tarikh:

Tandatangan Pesakit/Penjaga
Tarikh: