

**PERMOHONAN MEMPEROLEHI & MENGGUNAKAN UBAT YANG MEMERLUKAN KELULUSAN KHAS
KETUA PENGARAH KESIHATAN MALAYSIA / PENGARAH KANAN PERKHIDMATAN FARMASI**

NO. SIRI**Hospital:****Bhg. Perkhidmatan Farmasi:****PERHATIAN:** Permohonan yang tidak lengkap **TIDAK** akan diproses.

1	Hospital yang memohon:	5	Nama ubat / keluaran dimohon (nama generik, kekuatan dan bentuk dosej):	
2	Negeri:	6	Status pendaftaran Pihak Berkuasa Kawalan Dadah (PBKD: http://npra.moh.gov.my/)	
3	<p>Nama pesakit:</p> <p>Jantina: <input type="checkbox"/> Lelaki <input type="checkbox"/> Perempuan</p> <p>No. Kad Pengenalan pesakit:</p> <p>Umur pesakit: _____tahun _____bulan</p> <p>Berat: _____kg</p> <p>Wad/Klinik:</p> <p>Diagnosis:</p>	<p>6.1</p> <p><input type="checkbox"/> a) Berdaftar dan tidak tersenarai dalam FUKKM: MAL Indikasi seperti diluluskan oleh PBKD: <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak* [Off-label PBKD]</p> <p><input type="checkbox"/> b) Berdaftar dan tersenarai dalam FUKKM Indikasi seperti tersenarai dalam FUKKM <input type="checkbox"/> Tidak* [Off-label FUKKM] <input type="checkbox"/> Tidak* [Off-label PBKD]</p> <p>6.2</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak berdaftar tetapi tersenarai dalam FUKKM Indikasi seperti tersenarai dalam FUKKM <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak*</p> <p>6.3</p> <p><input type="checkbox"/> Tidak berdaftar dan tiada dalam FUKKM* (perlu dinyatakan)</p> <p>Nama pengilang:</p> <p>Nama pengimport:</p>		
4	<p>Jenis permohonan:</p> <p><input type="checkbox"/> Baru <input type="checkbox"/> Ulangan (No. siri kelulusan:.....)</p>	<p>* Pemohon bertanggungjawab sepenuhnya terhadap penggunaan ubat tidak berdaftar dan di luar indikasi PBKD/FUKKM</p>	7	<p>Dos / regimen rawatan:</p> <p>Jangkamasa rawatan:</p>
		8	<p>Kuantiti dimohon (maksimum 12 bulan):</p> <p>*Kos seunit: RM</p> <p>*Jumlah kos: RM</p> <p>(*sila sertakan sebutharga)</p>	

A	INDIKASI / TUJUAN RAWATAN BAGI UBAT / KELUARAN YANG DIMOHON		
B	RINGKASAN SEJARAH RAWATAN PESAKIT DAN JUSTIFIKASI PERMOHONAN		
C	UBAT / KELUARAN ALTERNATIF SEDIA ADA DALAM FUKKM BAGI INDIKASI YANG DIMOHON YANG TELAH DIGUNAKAN		
	UBAT / KELUARAN	TEMPOH PENGGUNAAN	SEBAB-SEBAB TIDAK DAPAT DIGUNAKAN/ DITERUSKAN
1			
2			
3			
D	PAKAR YANG MEMOHON		
	Ulasan:	Tandatangan, nama & cop:	
		Tarikh:	
E	KETUA JABATAN		
	Ulasan:	Tandatangan, nama & cop:	
		Tarikh:	
F	KETUA PEGAWAI FARMASI		
	Ulasan:	Peruntukan yang diperlukan: RM	
		Peruntukan sedia ada: RM	
		Tandatangan, nama & cop:	
		Tarikh:	
G	PENGESAHAN PENGARAH HOSPITAL		
	Ulasan (sekiranya ada):	Tandatangan, nama & cop:	
		Tarikh:	
H	PENGESAHAN Pengerusi JKK Ubat-ubatan KKM (ruangan ini untuk kegunaan sekretariat)		
	Ulasan:	Tandatangan, nama & cop:	
	<input type="checkbox"/> SOKONG <input type="checkbox"/> TIDAK SOKONG	Tarikh:	

Nota:

1. Urusan perolehan bagi setiap permohonan yang telah diluluskan hendaklah mengikut tatacara perolehan dan tertakluk kepada Arahan Perbendaharaan.
2. Peruntukan bagi proses perolehan hendaklah menggunakan peruntukan sedia ada dan bukan sebagai alasan untuk memohon peruntukan tambahan.