|  |  |
| --- | --- |
| A red and white sign  Description automatically generated with medium confidence | **CLINICAL SUPPORT SERVICES**  **HOSPITAL PENGAJAR UPM** |
| **BORANG *DO NOT ATTEMP CARDIOPULMONARY RESUSCITATION* (*DNACPR*) DEWASA**  **(Individu Berumur 18 Tahun dan Ke Atas)** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **Sekiranya berlaku *cardiac* atau *respiratory arrest*, prosedur *Cardiopulmonary Resuscitation* (CPR) tidak akan dilakukan. Semua rawatan dan penjagaan lain yang sesuai akan diberikan** | | | | |
| **SEKSYEN 1: BUTIRAN PESAKIT** | | | | **Tarikh DNACPR:**  **/ /** |
| Nama: | | | |
| KP/Passport No: | | | |
| UPM No: | Umur: | | | **SALINAN BORANG ADALAH DILARANG** |
| Tarikh Lahir: | Jantina: | | |
| **SEKSYEN 2: DIAGNOSIS \*(Sila nyatakan maklumat yang berkaitan)** | | | | |
|  | | | | |
| **SEKSYEN 3: SEBAB *DNACPR*** | | | | |
| CPR tidak dapat memanjangkan jangka hayat dan tidak bermanfaat kepada pesakit. (Sila nyatakan maklumat yang berkaitan) | | | | |
| CPR mungkin boleh memanjangkan jangka hayat tetapi tidak boleh memperbaiki kualiti hidup pesakit dan  tidak meringankan beban terhadap penyakit dan juga rawatan kepada pesakit. (Sila nyatakan maklumat yang berkaitan) | | | | |
| Lain-lain: (Sila nyatakan maklumat yang berkaitan) | | | | |
| **SEKSYEN 4 : Pegawai/Pakar Perubatan yang Melengkapkan dan Mengesahkan Keputusan *DNACPR*** | | | | |
| **Pegawai Perubatan yang melengkapkan borang :**  (Note: Tandatangan Pegawai Perubatan perlu disahkan oleh Pakar/Pakar Perunding) | | | **Disahkan Oleh:**  (Pakar/Pakar Perunding) | |
| Nama:  Jawatan:  Tarikh:  Masa:  …................................................................  (Tandatangan dan Cap) | | | Nama:  Jawatan:  Tarikh:  Masa:  …................................................................  (Tandatangan dan Cap) | |
| **SEKSYEN 5 : PERBINCANGAN BERSAMA PESAKIT/WARIS** | | | | |
| **(Penjelasan DNACPR perlu diberikan kepada pesakit/waris, kecuali jika melakukannya akan menyebabkan kesulitan)**  **Pesakit mempunyai keupayaan mental untuk terlibat dalam perbincangan. YA ( ) TIDAK ( )**  **Pesakit terlibat dalam perbincangan. YA ( ) TIDAK ( )** | | | | |
| Nama: | | Tarikh & Masa: | | |
| Hubungan: | | KP/Pasport No Pesakit/Waris : | | |
| Tandatangan Pesakit/Waris : | | Saksi (Nama & Cop): | | |
| Sekiranya tidak ada perbincangan bersama pesakit/waris, sila nyatakan alasannya: | | | | |
| **JIKA SEMAKAN DNACPR DILAKUKAN- BUAT DUA GARISAN DI ATAS BORANG.**  **SILA TULIS NAMA, TARIKH, TANDATANGAN DAN ALASAN PEMBATALAN** | | | | |