|  |  |
| --- | --- |
|  | **PERKHIDMATAN SOKONGAN KLINIKAL**  **HOSPITAL PENGAJAR UPM** |
| **BORANG KEPUTUSAN RAWATAN SOKONGAN HAYAT PEDIATRIK**  **(Individu Berumur 18 Tahun dan ke Bawah))** |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **SEKSYEN 1: BUTIRAN PESAKIT** | | | **Tarikh :**  **/ /** |
| Nama : | | |
| KP/Pasport No : | | |
| No. UPM : | Umur : | | **SALINAN BORANG ADALAH DILARANG** |
| Tarikh lahir : | Jantina : | |
| **SEKSYEN 2: DIAGNOSIS (Sila nyatakan maklumat yang berkaitan)** | | | |
|  | | | |
| **SEKSYEN 3 :** | | | |
| Rawatan Sokongan hayat adalah rawatan sokongan terhadap pelbagai organ dalaman untuk memastikan pesakit hidup. Walaubagaimanapun, dalam keadaan tertentu, perawatan ini tidak lagi memberikan manfaat kepada pesakit, atau tidak diperlukan lagi.  1. Sekiranya berlaku sebarang kemerosotan kesihatan kepada pesakit (non arrest).  A) Meneruskan semua rawatan sokongan hayat.  B) Meneruskan rawatan untuk mengawal simptom sahaja (Untuk keselesaan pesakit). (borang DNACPR perlu diisi ).  C) Meneruskan lain-lain rawatan dan penjagaan tetapi **MENANGGUHKAN/MEMBATALKAN** rawatan sokongan hayat seperti berikut: | | | |
| Ventilasi Mekanikal Invasif  Ventilasi Mekanikal Bukan Invasif  Pemberian Ubatan *Vasoactive* | | Terapi Penggantian Renal  Pemberian Nutrisi Enteral dan Parentral  Pemindahan Darah | |
| Surgeri (Sila Nyatakan Maklumat yang berkaitan) : | | | |
| Lain-lain (Sila Nyatakan Maklumat yang berkaitan) : | | | |
| 2. Sila Tandakan Sebab Rawatan Dibatalkan :  A) Rawatan Sokongan Hayat tidak dapat memanjangkan jangka hayat dan tidak bermanfaat kepada pesakit  B) Rawatan sokongan Hayat boleh memanjangkan jangka hayat tetapi tidak boleh memperbaiki kualiti hidup pesakit dan tidak meringankan beban terhadap penyakit dan juga rawatan kepada pesakit.  C) Lain-lain (Sila Nyatakan Maklumat yang berkaitan): | | | |
| DNACPR diputuskan? Ya Tidak Tarikh Keputusan : | | | |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **SEKSYEN 4: PEGAWAI/PAKAR PERUBATAN YANG MELENGKAPKAN DAN MENGESAHKAN KEPUTUSAN PEMBERIAN RAWATAN SOKONGAN HAYAT** | | |
| **Pegawai Perubatan yang melengkapkan borang :**  **(**Nota: 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 : TANDATANGAN IBUBAPA ATAU PENJAGA** | | |
| Nama : | Tarikh dan Masa : | |
| Hubungan : | KP/Pasport Ibubapa/Penjaga: | |
| Tandatangan : | Disaksikan oleh (Tandatangan & cap) : | |