



**KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**  
**JABATAN PSIKIATRI DAN KESIHATAN MENTAL**  
 HOSPITAL  (nama hospital)

**BORANG KEIZINAN PESAKIT MENJALANI TERAPI ELEKTROKONVULSIF (ECT)**

Saya,   
 No. K/P:  dengan ini memberi keizinan untuk menjalani Terapi  
 Elektrokonvulsif (ECT) di  (nama hospital) seperti yang tertera:

Fasa **ACUTE**: dari  (tarikh sesi rawatan pertama ) hingga   
 (tarikh sesi rawatan terakhir) untuk tempoh sehingga empat (4) minggu pada selang waktu rawatan  
 2 atau 3 sesi seminggu.

ATAU

Fasa **CONTINUATION** atau **MAINTENANCE**: dari  (tarikh sesi rawatan pertama)  
 hingga  (tarikh sesi rawatan terakhir) untuk tempoh sehingga empat (4) minggu  
 pada selang waktu rawatan yang ditetapkan oleh pakar psikiatri yang mempreskripsi ECT.

Dr.  telah menerangkan bahawa  
 saya menghadapi penyakit berikut:   
 (diagnosis utama yang perlu dirawat menggunakan ECT) dan:

1. Doktor telah menyarankan Terapi Elektrokonvulsif (ECT) merupakan rawatan yang wajar untuk keadaan penyakit saya ini.
2. Doktor telah menerangkan tentang ECT dan mengapa rawatan ini wajar bagi merawat keadaan penyakit saya. Penerangan doktor telah meliputi manfaat yang dijangka akan diperolehi oleh saya jika menjalani ECT dan akibatnya jika tidak menjalani ECT.
3. Doktor telah menerangkan tentang kemungkinan saya akan mengalami ketidakselesaan dan risiko-risiko berkaitan ECT.
4. Doktor telah memberitahu saya tentang manfaat dan risiko pilihan rawatan lain.
5. Saya memahami bahawa ubat bius dan penenang otot akan diberikan kepada saya sebelum ECT dimulakan.
6. Saya telah diberi Lembaran Maklumat ECT berserta penerangannya oleh doktor.
7. Saya telah diberi peluang untuk bertanya tentang ECT serta keadaan penyakit saya dan saya telah memahami penerangan yang diberikan.
8. Saya memahami bahawa saya bebas untuk tidak bersetuju menjalani ECT atau menarik semula keizinan saya dan berhenti menjalani ECT pada bila-bila masa.
9. Saya memahami tiada jaminan bahawa ECT akan dijalankan oleh pengamal yang tertentu; walau bagaimanapun, rawatan ini akan dijalankan oleh pengamal yang diberi hak keistimewaan untuk rawatan ECT di  (nama hospital).



KEMENTERIAN KESEHATAN MALAYSIA  
JABATAN PSIKIATRI DAN KESEHATAN MENTAL

HOSPITAL  (nama hospital)

**BORANG KEIZINAN PESAKIT MENJALANI TERAPI ELEKTROKONVULSIF (ECT)**

**Kenyataan Pesakit**

Saya, pesakit bernama seperti di atas

No. K/P:  dengan ini memberi keizinan untuk menjalani rawatan ECT.

Keizinan ini sah bermula daripada tarikh borang keizinan ini ditandatangani untuk **ACUTE** ATAU **CONTINUATION** atau **MAINTENANCE** ECT (potong yang mana tidak berkenaan) dari  hingga  untuk tempoh sehingga empat (4) minggu.

Saya juga telah membaca dan memahami Lembaran Maklumat ECT yang disediakan.

Tandatangan:

Tarikh:

**Kenyataan Saksi**

Saya,  (nama saksi) telah menyaksikan proses pengambilan keizinan termaklum berkenaan ECT daripada pesakit bernama seperti di atas.

Pesakit telah menandatangani borang keizinan ini secara sukarela di hadapan saya.

(Saksi mestilah merupakan seorang pengamal perubatan atau jururawat atau pembantu pegawai perubatan yang mempunyai pendaftaran penuh, tidak terlibat secara langsung dalam perawatan pesakit, dan tidak mempunyai hubungan dengan pesakit, bagi tujuan memperakui proses pengambilan keizinan daripada pesakit).

Tandatangan dan cap rasmi:

Tarikh:

**Kenyataan Pakar Psikiatri Yang Mempreskripsi ECT**

Saya, Dr.  memperakui bahawa saya adalah pakar psikiatri yang mempreskripsi ECT untuk pesakit bernama seperti di atas.

Saya berpendapat bahawa ECT merupakan rawatan yang wajar untuk pesakit bernama seperti di atas. Pesakit telah memahami penerangan berkenaan ECT di atas dan berkebolehan memberi keizinan termaklum untuk menjalani rawatan ECT seperti yang telah dibincangkan. Borang keizinan ini adalah lengkap dan diisi dengan betul.

Tandatangan dan cap rasmi:

Tarikh:



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
JABATAN PSIKIATRI DAN KESIHATAN MENTAL  
HOSPITAL [ ] (nama hospital)

**BORANG KEIZINAN SAUDARA / PENJAGA BAGI PESAKIT MENJALANI TERAPI ELEKTROKONVULSIF (ECT)**

Saya, [ ]  
No. K/P: [ ] yang merupakan [ ]  
(nyatakan hubungan dengan pesakit) kepada pesakit bernama [ ]  
[ ] (nama pesakit), (No. K/P pesakit:  
[ ] ) dengan ini memberi keizinan untuk pesakit menjalani Terapi Elektrokonvulsif  
(ECT) di [ ] (nama hospital) seperti yang tertera:

- Fasa **ACUTE**: dari [ ] (tarikh sesi rawatan pertama) hingga [ ]  
(tarikh sesi rawatan terakhir) untuk tempoh sehingga empat (4) minggu pada selang waktu rawatan  
2 atau 3 sesi seminggu.

ATAU

- Fasa **CONTINUATION** atau **MAINTENANCE**: dari [ ] (tarikh sesi rawatan pertama)  
hingga [ ] (tarikh sesi rawatan terakhir) untuk tempoh sehingga empat (4) minggu  
pada selang waktu rawatan yang ditetapkan oleh pakar psikiatri yang mempreskripsi ECT.

Dr. [ ] telah menerangkan bahawa  
pesakit menghadapi penyakit berikut: [ ]  
(diagnosis utama yang perlu dirawat menggunakan ECT), dan:

1. Doktor telah menyarankan Terapi Elektrokonvulsif (ECT) merupakan rawatan yang wajar untuk keadaan penyakit pesakit ini.
2. Doktor telah menerangkan tentang ECT dan mengapa rawatan ini wajar bagi merawat keadaan penyakit pesakit. Penerangan doktor telah meliputi manfaat yang dijangka akan diperolehi oleh pesakit jika menjalani ECT dan akibatnya jika tidak menjalani ECT.
3. Doktor telah menerangkan tentang kemungkinan pesakit akan mengalami ketidakselesaian dan risiko-risiko berkaitan ECT.
4. Doktor telah memberitahu saya tentang manfaat dan risiko pilihan rawatan lain.
5. Saya memahami bahawa ubat bius dan penenang otot akan diberikan kepada pesakit sebelum ECT dimulakan.
6. Saya telah diberi Lembaran Maklumat ECT berserta penerangannya oleh doktor.
7. Saya telah diberi peluang untuk bertanya tentang ECT serta keadaan penyakit pesakit dan saya telah memahami penerangan yang diberikan.
8. Saya memahami bahawa saya bebas untuk tidak bersetuju pesakit menjalani ECT atau menarik semula keizinan saya dan pesakit berhenti menjalani ECT pada bila-bila masa.
9. Saya memahami tiada jaminan bahawa ECT akan dijalankan oleh pengamal yang tertentu; walau bagaimanapun, rawatan ini akan dijalankan oleh pengamal yang diberi hak keistimewaan untuk rawatan ECT di [ ] (nama hospital).



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA  
JABATAN PSIKIATRI DAN KESIHATAN MENTAL  
HOSPITAL  (nama hospital)

**BORANG KEIZINAN SAUDARA / PENJAGA BAGI PESAKIT MENJALANI TERAPI ELEKTROKONVULSIF (ECT)**

**Kenyataan Saudara / Penjaga Pesakit**

Saya,  (nyatakan hubungan dengan pesakit) kepada pesakit yang bernama seperti di atas.

Saya memberi keizinan ke atas  (nama pesakit),  
(No. K/P pesakit: ) untuk menjalani rawatan ECT.

Keizinan ini sah bermula daripada tarikh borang keizinan ini ditandatangani untuk **ACUTE** ATAU **CONTINUATION** atau **MAINTENANCE** ECT (potong yang mana tidak berkenaan) dari  hingga  untuk tempoh sehingga empat (4) minggu.

Saya juga telah membaca dan memahami Lembaran Maklumat ECT yang disediakan.

Tandatangan:

Tarikh:

**Kenyataan Saksi**

Saya,  (nama saksi) telah menyaksikan proses pengambilan keizinan termaklum berkenaan ECT daripada saudara / penjaga pesakit bernama seperti di atas.

Saudara / Penjaga pesakit telah menandatangani borang keizinan ini secara sukarela di hadapan saya.

(Saksi mestilah merupakan seorang pengamal perubatan atau jururawat atau pembantu pegawai perubatan yang mempunyai pendaftaran penuh, tidak terlibat secara langsung dalam perawatan pesakit, dan tidak mempunyai hubungan dengan pesakit, bagi tujuan memperakui proses pengambilan keizinan daripada saudara / penjaga pesakit).

Tandatangan dan cap rasmi:

Tarikh:

**Kenyataan Pakar Psikiatri Yang Mempreskripsi ECT**

Saya, Dr.  memperakui bahawa saya adalah pakar psikiatri yang mempreskripsi ECT untuk pesakit bernama seperti di atas.

Saya berpendapat bahawa ECT merupakan rawatan yang wajar untuk pesakit bernama seperti di atas. Saudara / Penjaga pesakit telah memahami penerangan berkenaan ECT di atas dan menyetujui memberi keizinan termaklum untuk pesakit menjalani rawatan ECT seperti yang telah dibincangkan. Borang keizinan ini adalah lengkap dan diisi dengan betul.

Tandatangan dan cap rasmi:

Tarikh: