

Borang Notifikasi
(Aduan)Nombor Notifikasi
UNTUK KEGUNAAN PEJABAT**Cara mengisi Borang Pemberitahuan (Aduan)****Sila isikan dengan lengkap borang ini jika ingin membuat notifikasi (aduan) mengenai pengamal perubatan:**

- Doktor
- Doktor (Pergigian)
- Jururawat
- Ahli Farmasi
- Ahli Profesional Kesihatan Bersekutu

Jika awda memerlukan bantuan mengisi borang ini, sila hubungi pegawai BMO di talian 2380170.

Sebelum awda mengisi borang iniPejabat Pengurusan Lembaga-Lembaga Kesihatan (*Boards Management Office* [BMO]) hanya boleh mengambil tindakan susulan berpandukan maklumat yang diberikan. Oleh itu, adalah mustahak bagi awda memberikan maklumat terperinci bagi membolehkan BMO membuat tindakan susulan yang sewajarnya.

BMO dan Lembaga-Lembaga tidak menyebelahi pihak awda dan juga pihak pengamal perubatan. Tanggungjawab utama kami ialah untuk mengetahui apa yang telah terjadi dan seterusnya membuat keputusan sama ada pengamal perubatan tersebut gagal memenuhi piawaian yang ditetapkan dan mengambil tindakan yang bersesuaian demi menjaga keselamatan awam, dan mengelakkan kejadian yang serupa berulang lagi.

Isi dengan lengkap borang ini

Awda perlu mencetak dan mengisikan borang ini:

- Gunakan dakwat pen warna **hitam** atau **biru** sahaja.
- Tulis dengan menggunakan **HURUF BESAR**.
- Tandakan X di kotak-kotak yang berkenaan:
- Jika perlu, lampirkan lembaran tambahan maklumat andainya ruang yang disediakan tidak mencukupi.

Awda boleh menghadapkan borang yang lengkap diisi berserta lampiran dengan mengepos atau menghantar kepada BMO.

Sulit dan Kerahsiaan

BMO dan Lembaga-Lembaga komited memelihara dan melindungi maklumat peribadi sebagai rahsia dan sulit.

BMO dan Lembaga-Lembaga mungkin mendedahkan borang ini berserta lampirannya kepada pengamal perubatan yang diadu dan juga dalam situasi yang diperlukan oleh undang-undang yang ada.

BAHAGIAN A: Mengenai kebimbangan awda

Di mana kejadian ini berlaku sehingga menyebabkan notifikasi (aduan) ini dibuat?	<input type="checkbox"/> Hospital Kerajaan	<input type="checkbox"/> Pusat/Klinik kesihatan Kerajaan
	<input type="checkbox"/> Hospital Swasta	<input type="checkbox"/> Pusat/Klinik kesihatan swasta
	<input type="checkbox"/> Kediaman pesakit	<input type="checkbox"/> Lain-lain - nyatakan: <input type="text"/>
Apa yang awda harapkan hasil dari menghadapkan notifikasi (aduan) ini?	<input type="checkbox"/> Permohonan maaf dari pengamal perubatan	<input type="checkbox"/> Penjelasan dari pengamal perubatan
	<input type="checkbox"/> Tindakan demi menjaga keselamatan orang awam	<input type="checkbox"/> Bayaran balik
		<input type="checkbox"/> Lain-lain - nyatakan
		<input type="text"/>

BAHAGIAN B: Maklumat peribadi

Adakah notifikasi (aduan) awda ini melibatkan lebih dari seorang pengamal perubatan?	<input type="checkbox"/> Tidak	<input type="checkbox"/> Ya isikan borang berasingan bagi setiap pengamal perubatan
Apa peranan atau kaitan awda dalam notifikasi (aduan) ini?	<input type="checkbox"/> Pesakit	<input type="checkbox"/> Kawan kepada pesakit
	<input type="checkbox"/> Peguam pesakit	<input type="checkbox"/> Mentor/Pengajar
	<input type="checkbox"/> Pengamal perubatan -	<input type="checkbox"/> Keluarga pesakit
		<input type="checkbox"/> Majikan kepada pengamal perubatan
	<input type="checkbox"/> Nyatakan jawatan:	<input type="text"/>
Jika awda rakan sekerja, sila nyatakan kedudukan awda kepada pengamal perubatan:		
	<input type="checkbox"/> Pegawai Kanan	<input type="checkbox"/> Sama kedudukan
	<input type="checkbox"/> Pegawai bawahan	<input type="checkbox"/> Pegawai bawahan
	<input type="checkbox"/> Lain-lain - nyatakan:	<input type="text"/>

Nyatakan maklumat peribadi awda

Nama penuh:

Tarikh lahir:

 - -

Umur:

tahun

Jantina:

Lelaki Perempuan

Tempat lahir:

Kebangsaan:

Nombor Pasport:

Negara mengeluarkan:

Nombor Kad Pintar:

Warna:

Kuning Ungu Hijau **BAHAGIAN C: Maklumat perhubungan****Nyatakan maklumat perhubungan awda?**Nyatakan maklumat perhubungan terkini di bawah dan tandakan di samping nombor perhubungan yang diutamakan

Semasa waktu pejabat/perniagaan

telefon bimbit

Di luar waktu pejabat/perniagaan

Emel

Apa alamat persuratan awda?

Pos kod

BAHAGIAN D: Mengenai pengamal perubatan**Siapa pengamal perubatan yang diadakan?**

Nama penuh:

Profesion/bidang kerjaya (jika tahu) (contoh doktor, jururawat)

Nombor pendaftaran (jika tahu)

Tempat berkerja (wad, hospital, klinik, pusat kesihatan) dan alamat penuh

Adakah awda membuat aduan ini mewakili pesakit?Ya 

terus ke soalan berikutnya

Tidak 

terus ke BAHAGIAN F

BAHAGIAN E: Mengenai pesakit**Adakah awda telah mendapat kebenaran dari pesakit tersebut?**

Ya

Tidak

*Awda masih boleh membuat pemberitahuan ini tanpa kebenaran atau pengetahuan pesakit. Walau bagaimanapun, adalah disarankan untuk awda memaklumkan tindakan awda ini kepada pesakit dan mendapatkan kebenaran pesakit dengan mengisikan **Borang Kuasa Izin 'A'** dan hendaklah dilampirkan bersama.***Nama, tarikh lahir dan nombor kad pengenalan kebangsaan pesakit?**

Nama penuh:

Tarikh lahir:

 - -






Nombor Kad Pengenalan:

 - - Warna: K U H

Maklumat perhubungan pesakit. Tandakan X pada kotak di sisi nombor perhubungan yang mudah dihubungi.	Waktu kerja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Telefon Bimbit <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	Selepas waktu kerja <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	Emel: <input type="text"/>		
Alamat lengkap pesakit	<input type="text"/>		
Jika pihak BMO ingin berhubung dengan pesakit, adakah ianya memerlukan jurubahasa?	<input type="checkbox"/> Ya - nyatakan bahasanya: <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Tidak		



BAHAGIAN F: Pemberitahuan Maklumat Wajib

Isikan dengan lengkap Bahagian ini jika awda ahli profesional kesihatan atau majikan dan mahu membuat pemberitahuan mandatori.

Adakah awda seorang pengamal perubatan atau majikannya?	<input type="checkbox"/> Ya  terus ke soalan berikut	<input type="checkbox"/> Tidak  terus ke BAHAGIAN G
Adakah awda membuat laporan mengenai kelakuan ahli pengamal perubatan?	Kelakuan ahli pengamal perubatan yang boleh dilaporkan ialah apabila mereka: <ol style="list-style-type: none"> Mengamalkan profesion pengamal kesihatan dalam keadaan mabuk kerana meminum arak atau pengambilan dadah terlarang; atau Terlibat dalam salah laku seks yang berkaitan dengan pengamalan profesion pengamal kesihatan; atau Meletakkan orang awam dalam risiko bahaya besar semasa mengamalkan profesion pengamal kesihatan kerana pengamal tersebut mempunyai kecacatan/kekurangan/kelemahan; atau Meletakkan orang awam dalam risiko bahaya kerana pengamal mengamalkan profesion dengan cara yang nyata tidak diterima pakai mengikut piawaian profesional. 	
	<input type="checkbox"/> Ya  nyatakan dengan lengkap di bawah	<input type="checkbox"/> Tidak  terus ke BAHAGIAN G
	Saya pasti dan penuh percaya bahawa pengamal perubatan tersebut berbuat tingkah laku yang mana membolehkan untuk dilaporkan kerana ia (sila pilih) : <ul style="list-style-type: none"> <input type="checkbox"/> Mengamalkan profesion pengamal perubatan dalam keadaan mabuk kerana meminum arak atau pengambilan dadah terlarang <input type="checkbox"/> Terlibat dalam salah laku seks yang berkaitan dengan pengamalan profesion pengamal perubatan <input type="checkbox"/> Meletakkan orang awam dalam risiko bahaya besar semasa mengamalkan profesion pengamal perubatan kerana pengamal tersebut mempunyai kecacatan/kekurangan/kelemahan, atau <input type="checkbox"/> Meletakkan orang awam dalam risiko bahaya kerana pengamal mengamalkan profesion dengan cara yang nyata tidak diterima pakai mengikut piawaian profesional. 	
Bagaimana awda mengetahui mengenai salah laku tersebut?	<input type="checkbox"/> Memerhati dan Melihatnya (selaku rakan sekerja)	<input type="checkbox"/> Melalui seseorang/dari mulut ke mulut
	<input type="checkbox"/> Didedahkan kepada saya oleh pengamal itu sendiri	<input type="checkbox"/> Melalui pemeriksaan rekod / audit
	<input type="checkbox"/> Lain-lain - <i>sila nyatakan</i>  :	<input type="checkbox"/> Melalui pesakit/pesakit-pesakit
	<input type="text"/>	

BAHAGIAN G: Huraian atau gambaran mengenai kejadian tersebut dan/atau kebimbangan awda

Bila kejadian salah laku tersebut berlaku?	Jangka tarikh bermula <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	Jangka tarikh berakhir <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
Di mana kejadian salah laku tersebut berlaku? Tandakan yang berkenaan	<input type="checkbox"/> Hospital - pesakit dalam wad <input type="checkbox"/> Hospital - pesakit luar	<input type="checkbox"/> Klinik/Pusat Kesihatan <input type="checkbox"/> Rumah pesakit

	<input type="checkbox"/> Bilik konsultasi pengamal <input type="checkbox"/> Farmasi <input type="checkbox"/> Lain-lain – sila nyatakan  : <input type="text"/>
Berapa orang kah pesakit yang terkesan oleh perbuatan salah laku pengamal tersebut?	<input type="checkbox"/> Tidak pasti <input type="checkbox"/> 0 <input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 atau lebih – nyatakan jumlah pesakit: <input type="text"/>
Adakah pesakit yang tercedera akibat perbuatan salah laku tersebut? <i>Tandakan yang berkenaan</i>	<input type="checkbox"/> Tidak pasti <input type="checkbox"/> Sedikit gangguan psikologi atau emosi <input type="checkbox"/> Tiada kecederaan <input type="checkbox"/> Gangguan psikologi atau emosi yang ketara <input type="checkbox"/> Tersembunyi atau berpotensi (seperti terdedah kepada rediasi, risiko jangkitan) <input type="checkbox"/> Sedikit kecederaan fizikal <input type="checkbox"/> Bergantung pada ubat <input type="checkbox"/> Kecederaan fizikal yang ketara <input type="checkbox"/> Lain-lain – sila nyatakan:  <input type="text"/> <input type="text"/>

Sila huraikan dengan terperinci apa yang terjadi.

Sila huraikan apa yang berlaku atau apa yang awda bimbang dengan menyatakan tempat, tarikh dan waktu kejadian tersebut berlaku. Di mana ianya berkenaan, sila masukkan dengan jelas jenis rawatan yang diberikan, nama dan juga maklumat lengkap perhubungan saksi-saksi, jika ada.

*Jika tidak cukup ruang, lampirkan lembaran tambahan dengan membubuh **nama awda** dengan jelas di setiap lembaran yang dilampirkan.*

Adakah awda mempunyai dokumen sokongan (seperti laporan daripada ahli pengamal perubatan yang lain atau bukti pemberian ubat) mengenai kejadian salah laku tersebut?	<input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak <i>Sila pastikan awda melampirkan maklumat-maklumat yang berkaitan termasuk gambar-gambar, laporan-laporan, keputusan pemeriksaan atau lebih ubat bagi membolehkan pihak BMO membuat pertimbangan.</i>
Adakah awda pernah membincangkan kebimbangan awda ini dengan pengamal perubatan tersebut?	<input type="checkbox"/> Ya - <i>berikan butir-butir hasil perbincangan tersebut di bawah:</i> <input type="checkbox"/> Tidak <div style="border: 1px solid black; height: 100px; width: 100%;"></div>
Adakah awda juga membuat pemberitahuan atau aduan mengenai perkara ini kepada agensi atau organisasi lain?	<input type="checkbox"/> Ya - <i>berikan nama agensi / organisasi tersebut serta tarikh:</i> <input type="checkbox"/> Tidak <div style="border: 1px solid black; height: 30px; width: 100%;"></div> <p>Tarikh laporan dibuat: <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> - <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/></p>

BAHAGIAN H: Keizinan

Pengisytiharan pengadu/pemberitahu - **untuk diisi oleh pengadu/pemberitahu**

*Pastikan awda telah menjawab semua soalan yang berkaitan dengan lengkap dan tepat.
 Borang yang tidak lengkap diisi boleh menyebabkan kelambatan memproses dan juga awda mungkin diminta untuk mengisi borang yang baru.*

- Saya memohon BMO menimbangkan isu yang ditimbulkan seperti yang dinyatakan dalam Borang Pemberitahuan (Aduan) ini.
- Saya mengambil maklum bahawa BMO mungkin saja mengongsikan borang ini berserta lampirannya kepada pengamal perubatan yang diadukan.
- Saya mengesahkan telah membaca kenyataan Sulit dan Kerahsiaan di atas.

Dengan menandai kotak ini, awda mengambil maklum telah membaca, memahami dan memersetujui kenyataan di atas.

Tanda tangan

Tarikh:

-

-

Adakah awda pesakit?

- Ya. Saya pesakit
*Sila isikan dengan lengkap **Borang Kuasa Izin 'A'***
- Tidak. Saya dilantik pesakit untuk mewakilinya.
*Jika pesakit boleh memberi keizinan dan mahu awda mewakilinya, sila minta pesakit mengisi dengan lengkap **Borang Kuasa Izin 'B'***
- Tidak. Saya wakil sah pesakit tanpa upaya.
*Jika awda wakil sah pesakit tanpa upaya yang tidak boleh membuat keputusan atau telah meninggal dunia, sila lampirkan dokumen bukti yang awda adalah wakil sah pesakit tersebut dan mengisi dengan lengkap **Borang Kuasa Izin 'C'***

Sila hadapkan borang ini berserta lampirannya ke:

**Ketua Lembaga-Lembaga
 PEJABAT PENGURUSAN LEMBAGA-LEMBAGA
 Tingkat 2, Kementerian Kesihatan
 Commonwealth Drive
 Negara Brunei Darussalam**

☎ +673 2380170 📠 Fax: +673 2382032