

**PENGURUSAN KEBENARAN
RAWATAN PERGIGIAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

**PROGRAM KESIHATAN PERGIGIAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

KEMENTERIAN KESEHATAN MALAYSIA
BAWATAN PERGIGIAN
PENGURUSAN KIBERAN

PROGRAM KESEHATAN PEROKOT
MISYALIM KATAHISER MAHITHOMER

PENGURUSAN KEBENARAN RAWATAN PERGIGIAN KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

1. Latar belakang

Secara amnya, amalan semasa bagi pengurusan kebenaran rawatan pergigian Kementerian Kesihatan Malaysia adalah dengan mendapatkan kebenaran rawatan pergigian semasa pesakit didaftar pertama kali di kaunter klinik pergigian sebelum masuk ke bilik rawatan untuk pemeriksaan mulut.

Pesakit sendiri atau ibu/bapa/penjaga kanak-kanak di bawah 18 tahun akan menurunkan tandatangan pada kad rawatan dan anggota pergigian akan menandatangani sebagai saksi seperti di **Lampiran 1**.

Bagi perkhidmatan sekolah, ibubapa/penjaga akan diberi kad rawatan yang diagih oleh pihak sekolah bagi menurunkan tandatangan untuk mengesahkan keizinan pemberian rawatan. Amalan sekarang akuan kebenaran rawatan oleh ibu bapa adalah sah digunakan selagi kad yang sama digunakan untuk merawat pesakit.

2. Kajisemula pengurusan kebenaran rawatan

Untuk tujuan kajisemula, sumber rujukan adalah *Code of Professional Conduct*, Malaysian Dental Council (MDC) 2008.

Berdasarkan kepada *Code of Professional Conduct, Malaysian Dental Council (MDC) 2008 Part A: Obligations & Responsibilities* pada klausa 1.4 menyatakan:

1.4 Consent

Consent is the granting to someone the permission to do something they would not have the right to do without such permission.

It is accepted that consent is implied in many circumstances by the very fact that the patient has come to the dental practitioner for dental care. There are however circumstances where verbal and if appropriate written consent is necessary for investigation and treatment. Informed consent can only be obtained by a practitioner who has sufficient training and experience to be able to explain the procedure, the risks and benefits and the alternatives.

Implied consent

*It must be remembered that a patient who walks into a dental surgery gives implied consent **only limited to clinical oral examination, consultation and diagnosis.***

Verbal Consent

*Verbal consent is acceptable when the procedures are **limited to treatment of the problem presented by the patient**. It is necessary **for a witness** to be present during the explanation and the giving of the consent.*

Written Consent

Written consent is consent for treatment signed by the patient or the legal guardian, and duly countersigned by a witness.

*Dental practitioners **shall obtain valid consent prior to carrying out treatment**.*

For consent to be valid:

*a) The practitioner should explain to the patient the treatment proposed, the risks involved in the treatment, advantages and limitations of that treatment, and alternative treatment and costs. **In other words, the consent must be informed**. The practitioner should also not give guarantees or make unreasonable promises about the outcome of treatment*

b) For minors (below age 18 years) written consent must be obtained from the parents or legal guardian.

c) If general anaesthetic or sedation is to be given, all procedures must be explained to the patient. The onus is on the dental practitioner to ensure that all necessary information and explanations have been given either personally or by the anaesthetist. In this situation written consent must be obtained.

Merujuk kepada *Code of Professional Conduct* 2008 tersebut, pesakit yang datang ke klinik pergigian adalah di atas kehendak sendiri dan beliau dianggap **telah memberi *implied consent* untuk pemeriksaan, konsultasi sehingga diagnosis dilakukan.**

Oleh itu, amalan kini di mana kebenaran **diambil dalam kad rawatan LP8 di kaunter klinik tidak dianggap *informed consent*** kerana pengesahan kebenaran rawatan telah diambil sebelum pesakit mengetahui jenis rawatan yang diperlukan dan penerangan tidak diberi atas rawatan tersebut.

Kebeneran secara lisan atau bertulis diperlukan sebelum prosedur rawatan dijalankan di mana penerangan berkaitan rawatan telah pun diberi.

3. Transformasi kaedah mendapatkan kebenaran rawatan pergigian

Kebenaran rawatan hanya dianggap sah selepas pesakit atau penjaga pesakit telah diberi penerangan berkaitan dengan rawatan yang akan dijalankan. Dengan itu, kaedah mendapatkan kebenaran rawatan perlu diubah agar ia mematuhi apa yang digariskan dalam *Code of Professional Conduct* 2008.

Konsep Kebenaran tersirat/ *Implied consent*, Kebenaran bermaklumat/ *Informed consent*, Kebenaran secara lisan/ *Verbal consent* dan Kebenaran secara bertulis/ *Written consent* akan diamalkan.

3.1 Kebenaran tersirat/ *Implied consent*

Pesakit yang datang ke klinik pergigian untuk perkhidmatan pergigian dianggap memberi kebenaran secara *implied consent* di mana tiada pengesahan kebenaran perlu diambil untuk pemeriksaan mulut sehingga diagnosis dibuat.

3.2 Kebenaran bermaklumat/ *Informed consent*

Pesakit perlu diberi **penerangan berkaitan dengan rawatan, risiko rawatan, risiko tidak menerima rawatan, manfaat, kekangan, pilihan rawatan lain dan kos terlibat** sebelum menandatangani borang kebenaran iaitu *informed consent* sama ada secara lisan atau bertulis (*verbal or written*).

3.3 Kebenaran secara lisan/ *Verbal consent*

Secara teorinya, pesakit yang datang ke klinik pergigian dengan aduan masalah pergigian dianggap memberi kebenaran secara lisan dengan syarat kehadiran seorang saksi. Walaubagaimanapun, konsep *Verbal Consent* tidak akan digunapakai untuk rawatan kerana dari segi mediko-legal ia tidak mempunyai bukti yang kukuh bahawa kebenaran telah diperolehi. Namun, kebenaran secara lisan boleh diperolehi bagi menjalankan siasatan yang tidak invasif dengan kehadiran saksi (penjaga /kakitangan pergigian).

3.4 Kebenaran secara bertulis/ *Written consent*

Bagi menjalankan rawatan ke atas pesakit, perawat akan menyediakan pelan rawatan serta memberi penerangan lengkap berkaitan dengan rawatan. Pengesahan kebenaran dilakukan ke atas pelan rawatan selepas berbincang dengan pesakit/penjaga pesakit.

3.5 Perkara yang perlu diambil perhatian

3.5.1. **Sekiranya pada lawatan seterusnya, rawatan ditukar / tiada dalam pelan rawatan asal, kebenaran rawatan baru perlu diperolehi** (contoh; dalam pelan rawatan, gigi 44 dicatit perlu tampalan. Pada lawatan susulan, didapati gigi 44 memerlukan cabutan. Kebenaran rawatan secara bertulis untuk cabutan gigi 44 akan diperolehi).

- 3.5.2. Orang yang mengambil kebenaran rawatan tidak semestinya perawat yang menjalankan rawatan.
- 3.5.3. Kebenaran rawatan tidak terikat kepada pegawai atau jururawat pergigian yang memberi penerangan kepada pesakit dan tidak terhad kepada klinik di mana ianya diambil.
- 3.5.4. Kebenaran rawatan yang baru diperlukan jika pesakit hadir di klinik pergigian yang lain di mana kebenaran asal tidak dapat diakses.
- 3.5.5. Perawat perlu merujuk kepada pelan rawatan yang telah diberi kebenaran sebelum memulakan rawatan.
- 3.5.6. **Pada lawatan susulan, sekiranya perawat atau pesakit tidak bersetuju dengan pelan rawatan sedia ada yang telah diberi kebenaran, perawat perlu meminta kebenaran rawatan baru semula.**
- 3.5.7. Tempoh masa kebenaran rawatan tersebut sah digunakan atau sama ada ianya mempunyai tarikh luput bergantung sepenuhnya kepada pelan rawatan yang disediakan. Penilaian profesional [*professional judgment*] memainkan peranan penting dalam penilaian sama ada pelan rawatan tersebut masih relevan.

3.6 Lain-lain borang kebenaran

Borang kebenaran tertentu yang sedia ada digunakan perlu diteruskan mengikut amalan semasa seperti:

- 3.6.1. Keizinan Pembedahan/Prosedur PER/CONSENT/2016 (**Lampiran 2**)
- 3.6.2. Borang Keizinan Fotografi/Multimedia PER/PHOTO/2016(**Lampiran 3**)
- 3.6.3. Surat Akuan Tidak Setuju Rawatan/Prosedur PER/REFUSE/2016 (**Lampiran 4**)

4. Aliran Proses Pengurusan Kebenaran Rawatan

Aliran proses pengurusan kebenaran bagi perkhidmatan pergigian adalah seperti berikut:

4.1 Pengurusan kebenaran rawatan pergigian bagi pesakit di klinik atau hospital KKM

- 4.1.1. Pesakit melalui proses pendaftaran di kaunter.
- 4.1.2. Pesakit masuk ke bilik surgeri apabila dipanggil.
- 4.1.3. Pemeriksaan dan diagnosis (E&D) dijalankan (***Implied consent***).

- 4.1.4. Sekiranya siasatan yang tidak invasif diperlukan, penerangan mengenai siasatan diberi dan kebenaran secara lisan (**Verbal informed consent**) diperolehi dengan kehadiran saksi (penjaga /kakitangan pergigian). Maklumat saksi dicatatkan dalam nota klinikal.
- 4.1.5. Sekiranya siasatan invasif diperlukan, penerangan mengenai siasatan diberi dan tandatangan pesakit/penjaga dan saksi diperlukan (**Written informed consent**).
- 4.1.6. Diagnosa dibuat dan direkodkan dalam kad rawatan.
- 4.1.7. Sekiranya rawatan tidak diperlukan, pesakit boleh didiscaj dan kad rawatan perlu dikemaskini dan disimpan.
- 4.1.8. Bagi pesakit yang memerlukan rawatan, cadangan pelan rawatan disediakan dan penerangan mengenai rawatan berkaitan diberi iaitu:
- jenis dan tujuan rawatan,
 - risiko rawatan,
 - risiko tidak menerima rawatan,
 - manfaat,
 - *sequelae*,
 - kekangan,
 - pilihan rawatan lain dan
 - kos terlibat
- 4.1.9. Penerangan diberi oleh pengamal terlatih dengan pengetahuan yang mencukupi (Pakar Pergigian, Pegawai Pergigian dan Juruterapi Pergigian).
- 4.1.10. Tandatangan pesakit/ibubapa/penjaga dan saksi di kad rawatan (**written consent**) hendaklah diperolehi sebelum rawatan dimulakan. Kenyataan kebenaran dicatat di akhir setiap pelan rawatan dalam kad rawatan.

Contoh kenyataan kebenaran di kad rawatan:

<p>Saya telah diberi penerangan dan telah faham berkaitan rawatan yang akan diberi. Dengan ini, saya bersetuju / tidak bersetuju dengan pelan rawatan pergigian di atas:</p>	
<p><u>Sendiri/Ibubapa/Penjaga</u></p>	<p><u>Saksi</u></p>
<p>Tandatangan:</p>	<p>Tandatangan:</p>
<p>Nama Ibubapa/Penjaga:</p>	<p>Nama:</p>
<p>No. MyKad/Pasport Ibubapa/Penjaga:</p>	<p>No. MyKad/Pasport:</p>
<p>Tarikh:</p>	<p>Tarikh:</p>

digunakan, setiap bilik surgeri akan mempunyai 1 cop dan akan disediakan dalam Bahasa Malaysia. Sekiranya terdapat keperluan untuk bahasa lain, borang berasingan boleh disediakan dan ditampal di kad rawatan. *[It is not a standard requirement]*

- 4.1.12. Saksi boleh terdiri daripada *chaperone* atau pengiring ataupun Pembantu Pembedahan Pergigian (PPP).
- 4.1.13. Kenyataan kebenaran bagi rawatan yang tidak dipersetujui juga didokumenkan dalam kad rawatan.
- 4.1.14. Rawatan yang dipersetujui pesakit/penjaga dijalankan.
- 4.1.15. Pesakit boleh didiscaj dan kad rawatan perlu dikemaskini dan difailkan. Pada setiap lawatan susulan sebelum rawatan dimulakan, perawat dikehendaki untuk memastikan rawatan tersebut telah dipersetujui dan penerangan semula berkaitan rawatan perlu diberi.

Rujuk Carta Alir Pengurusan Kebenaran Rawatan Pergigian Di Klinik Pergigian Primer Dan Klinik Pergigian Pakar KKM (**Lampiran 5**).

4.2 Pengurusan mendapatkan kebenaran rawatan bagi Perkhidmatan komuniti (outreach) adalah melalui:

- 4.2.1. Cadangan penggunaan cop di kad bagi klinik yang menggunakan kad rawatan.
- 4.2.2. Cadangan penggunaan borang bagi klinik yang menggunakan sistem elektronik. Perlu dicatitkan dalam nota klinikal.

Rujuk Carta Alir Pengurusan Kebenaran Rawatan Pergigian Perkhidmatan Komuniti KKM (**Lampiran 6**)

4.3 Pengurusan Kebenaran Untuk Rawatan Pergigian Di Bawah Perkhidmatan Pergigian Sekolah KKM

Kebenaran untuk pemeriksaan mulut tidak diperlukan kerana ia tertakluk kepada Seksyen 65 Akta Pendidikan 1996 (Akta 550) di mana dinyatakan:

65. Pemeriksaan perubatan dan pergigian terhadap murid.

(1) Tanpa menjejaskan keluasan kuasa yang diberikan oleh seksyen 64, Menteri hendaklah, setakat yang munasabah dan praktik berbuat sedemikian, mengadakan pemeriksaan perubatan dan pergigian pada lat tempoh yang sesuai ke atas murid institusi pendidikan kerajaan atau bantuan kerajaan.

(2) Seseorang pegawai yang diberikuasa bagi maksud itu oleh Menteri boleh menghendaki ibu bapa atau penjaga murid institusi pendidikan kerajaan atau bantuan kerajaan menyebabkan murid itu menjalani pemeriksaan perubatan atau pergigian, mengikut persediaan yang dibuat oleh pihak berkuasa sekolah, atau oleh seorang pengamal perubatan atau pengamal pergigian berdaftar, dan seseorang yang tidak mematuhi kehendak itu tanpa alasan yang munasabah adalah melakukan suatu kesalahan dan boleh, apabila disabitkan, didenda tidak melebihi lima ratus ringgit.

Borang kebenaran rawatan berserta dengan maklumat rawatan, risiko rawatan dan risiko jika tidak menerima rawatan akan diedarkan kepada ibubapa/penjaga (rujuk PGKebenaran/Sekolah/Pra Sekolah/Toddler/Pin 2019 di **Lampiran 7**). Rawatan hanya diberi kepada murid-murid yang mempunyai kebenaran daripada ibubapa/penjaga.

Tempoh sah akuan kebenaran rawatan adalah sepanjang persekolahan prasekolah dan dari sekolah rendah hingga sekolah menengah.

Berikut adalah ringkasan aliran proses bagi mendapatkan kebenaran rawatan:

- 4.3.1. Borang kebenaran rawatan am (PGKebenaran/Sekolah/Pra Sekolah/Toddler/Pin 2019) disediakan (semua murid bagi tahun permulaan kaedah kebenaran baru iaitu 2017 dan murid baru sahaja pada tahun seterusnya).
- 4.3.2. Pihak sekolah dipohon untuk mengagihkan borang PGKebenaran/Sekolah/Pra Sekolah/Toddler/Pin 2019 kepada kanak-kanak prasekolah, murid tahun 1/tingkatan 1 (semua murid bagi tahun permulaan kaedah kebenaran baru iaitu 2017 dan murid baru sahaja pada tahun seterusnya).
- 4.3.3. Borang PGKebenaran/Sekolah/Pra Sekolah/Toddler/Pin 2019 dikumpulkan dan dikepilkan kepada kad rawatan.

- 4.3.4. Pemeriksaan mulut dilakukan.
- 4.3.5. Sekiranya rawatan tidak diperlukan, pesakit boleh didiscaj dan kad rawatan dikemaskini.
- 4.3.6. Untuk pesakit yang memerlukan rawatan tetapi ibubapa/penjaga tidak memberi kebenaran di borang PGKebenaran/Sekolah/Pra Sekolah/Toddler/Pin 2019, nasihat diberikan dan surat makluman kepada ibubapa/penjaga diberikan kepada kanak-kanak/murid.
- 4.3.7. Pesakit yang memerlukan rawatan dan ibubapa/penjaga telah memberi kebenaran di borang PGKebenaran/Sekolah/Pra Sekolah/Toddler/Pin 2019, jenis rawatan ditentukan.
- 4.3.8. Bagi pesakit yang memerlukan rawatan am, rawatan boleh dijalankan.
- 4.3.9. Bagi pesakit yang memerlukan cabutan gigi kekal/gigi susu tidak longgar, borang PGKebenaran/Sekolah_Tambahan/2016 (rujuk **Lampiran 8**) diberi bagi meminta kebenaran daripada ibubapa/penjaga terlebih dahulu.
- 4.3.10. Borang PGKebenaran/Sekolah_Tambahan/2016 dikumpulkan dan dikepulkan kepada kad rawatan.
- 4.3.11. Tentukan kebenaran rawatan menerusi borang PGKebenaran/Sekolah_Tambahan/2016 di mana sekiranya tiada kebenaran daripada ibubapa/penjaga, nasihat diberikan dan pesakit dirujuk ke klinik pergigian untuk rawatan susulan.
- 4.3.12. Sekiranya kebenaran diperolehi bagi cabutan gigi kekal/gigi susu tidak longgar, cabutan dilakukan. Bagi gigi yang tidak dapat dicabut dalam tempoh rawatan pasukan pergigian bergerak di sekolah, beri nasihat untuk hadir ke klinik terdekat bagi rawatan susulan.
- 4.3.13. Borang PGKebenaran/Sekolah_Tambahan/2016 hanya sah digunapakai untuk **tahun semasa** sahaja. Contohnya, kebenaran rawatan telahpun diperolehi bagi 4 batang gigi yang perlu dicabut. Perawat hanya dapat menyelesaikan 2 cabutan gigi sahaja untuk tahun semasa, maka untuk cabutan 2 batang gigi lagi yang perlu dicabut, kebenaran rawatan perlu diambil semula untuk tahun berikutnya.
- 4.3.14. Setelah rawatan dijalankan, kad rawatan perlu dikemaskini dan difailkan.

Rujuk Carta Alir Pengurusan Kebenaran Rawatan Pergigian Di Bawah Perkhidmatan Pergigian Sekolah KKM (Murid Baru) (**Lampiran 9**) dan Carta Alir Pengurusan Kebenaran Untuk Rawatan Pergigian Di Bawah Perkhidmatan Pergigian Sekolah KKM (Murid Ulangan) (**Lampiran 10**)

4.4 Pengurusan Kebenaran Rawatan Pergigian Bagi Fasiliti Yang Menggunakan *Teleprimary Care-Oral Health Clinical Information System (TPC-OHCIS)*

- 4.4.1. TPC-OHCIS menjanakan dua jenis borang kebenaran. Borang PGKebenaran/TPC-OHCIS-1/2016 (rujuk **Lampiran 11**) digunakan untuk keperluan rawatan yang dijana melalui *Dental Chart* dan *Intra-Oral Examination* sementara borang PGKebenaran/TPC-OHCIS-2/2016 (rujuk **Lampiran 12**) digunakan melalui *Treatment Plan*.
- 4.4.2. Borang kebenaran rawatan akan dicetak untuk ditandatangani dan difailkan.
- 4.4.3. Borang yang telah ditandatangani boleh diimbis (*scan*) dan disimpan dalam sistem untuk dikongsi antara klinik jika kapasiti server membenarkan.
- 4.4.4. Kebenaran rawatan yang diambil di klinik yang menggunakan sistem rekod elektronik boleh dijana dari sistem dan dipakai untuk klinik lain yang menggunakan sistem informasi klinikal yang sama.
- 4.4.5. Bagi perkhidmatan pergigian sekolah, guna borang kebenaran sekolah yang sama di klinik pergigian yang menggunakan kad rawatan.
- 4.4.6. Kebenaran bagi rawatan yang disetujui dan/atau tidak dipersetujui perlu dicatit dengan jelas dalam nota klinikal. Rujuk kepada borang kebenaran jika perlu sebelum rawatan dimulakan.

4.5 Pengurusan Kebenaran Rawatan Pergigian Bagi Fasiliti Yang Menggunakan *Oral Health Clinical Information System (OHCIS) atau Fisicien*

- 4.5.1. Pengguna boleh menggunakan PGKebenaran/TPC-OHCIS-1/2016, PGKebenaran/TPC-OHCIS-2/2016 untuk pesakit luar dan borang kebenaran sekolah untuk perkhidmatan sekolah.
- 4.5.2. Borang ditandatangani dan difailkan dengan teratur.
- 4.5.3. Kebenaran bagi rawatan yang disetujui dan/atau tidak disetujui perlu dicatit dengan jelas dalam nota klinikal. Rujuk kepada borang kebenaran jika perlu sebelum rawatan dimulakan.

4.6 Pengurusan Kebenaran Rawatan Kepakaran Ortodontik

4.6.1. Untuk pesakit yang memerlukan rawatan ortodontik, pengguna boleh menggunakan Borang PGKebenaran/TPC-OHCIS-2/2016 sedia ada (**Lampiran 12**) sebagai borang kebenaran rawatan Kepakaran Ortodontik dan Lampiran Penerangan Mengenai Rawatan Ortodontik (**Lampiran 12a**) yang menjelaskan perkara berikut:

- i. Jangkamasa rawatan
- ii. Temujanji
- iii. Risiko rawatan
- iv. Kos rawatan
- v. Rekod pesakit termasuk model gigi, foto, x-ray, dan rekod yang lain

4.6.2 Pengguna boleh menggunakan borang-borang kebenaran lain yang diperlukan seperti berikut:

- Borang Keizinan Fotografi/Multimedia PER/PHOTO/2016 (**Lampiran 3**)
- Surat Akuan Tidak Setuju Rawatan/Prosedur PER/REFUSE/2016 (**Lampiran 4**)

4.6.3. Borang ditandatangani dan difailkan dengan teratur.

4.6.4. Kebenaran bagi rawatan yang disetujui dan/atau tidak disetujui perlu dicatit dengan jelas dalam nota klinikal. Rujuk kepada borang kebenaran sebelum rawatan dimulakan.

4.7 Pengurusan Kebenaran Rawatan Pergigian Toddler

4.7.1. Kanak-kanak toddler (umur 4 tahun dan ke bawah) yang memerlukan rawatan pergigian akan diberikan borang kebenaran rawatan am PGKebenaran/Sekolah/Pra Sekolah/Toddler/Pin 2019 (**Lampiran 7**) dan penjelasan rawatan pergigian toddler kepada ibubapa/penjaga, yang akan menjelaskan perkara berikut :

- i. Penerangan rawatan
- ii. Jangkamasa rawatan
- iii. Akibat jika tidak dirawat
- iv. Risiko rawatan

4.7.2. Rawatan ini hanya di berikan kepada toddler yang ibubapa/penjaga bersetuju untuk menyertai program ini.

- 4.7.3. Tempoh sah akuan kebenaran rawatan adalah sepanjang tempoh rawatan.
- 4.7.4. Borang kebenaran yang telah ditandatangani akan dikepilkan bersama kad rawatan LP8 dan difailkan dengan teratur.

Rujuk Carta Alir Pengurusan Kebenaran Rawatan Pergigian Toddler
(**Lampiran 10a**)

Nota:

Takrifan istilah 'Toddler': Kanak-kanak berumur 4 tahun dan ke bawah.

LAMPIRAN

Kebenaran untuk rawatan di ruang B Kad LP8

(L.P. 8-1 Pin. 7/97)

PERKHIDMATAN PERGIGIAN KAD RAWATAN PESAKIT AM/SEKOLAH		No. Simpanan Fail		
A. MAKLUMAT AM				
1. Tarikh Pendaftaran: <input type="text"/>	3. No. K/P. Baru: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
2. Jenis Dokumen Pengenalan: <input type="text"/>	4. No. K/P. Lama/Pasport/ Tentera/Polis/Lain-lain: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
5. Nama (Huruf Besar) <input type="text"/>	UNTUK KERJA PEJABAT Kemasukan Data			
6. Alamat Menyurat <input type="text"/>				
7. No. Telefon: (R) <input type="text"/> - <input type="text"/> (P) <input type="text"/> - <input type="text"/>	16. Kod Negeri: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
8. Pekerjaan: <input type="text"/>	17. Kod Daerah/Zon/Bhg: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
9. Tarikh Lahir: <input type="text"/>	18. Kod Sub-Daerah: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
10. Umur: <input type="text"/>	19. Kod Klinik: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
11. Jantina: (L/P) <input type="text"/>	20. Kod Sub-Klinik: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
12. W/negara: <input type="text"/>	21. Kod Sekolah: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
13. Keturunan: <input type="text"/>				
14. Nama Sekolah <input type="text"/>	15. Tahun/ Tingkatan: <input type="text"/>	<input type="text"/>		
B. KEBENARAN UNTUK RAWATAN (Isi Bahagian I <input type="checkbox"/> atau II <input type="checkbox"/>) Tarikh: <input type="text"/>				
I. Saya di sini (memberi <input type="checkbox"/> tidak memberi <input type="checkbox"/>) kebenaran supaya penama di atas yang di bawah jagaan saya mendapatkan rawatan pergigian yang diperlukan sepanjang masa persekolahannya.				
Nama: <input type="text"/>		SAKSI		
Jenis Dokumen Pengenalan: <input type="text"/>				
No. K/P./Paapot Tentera/Polis/Lain-lain: <input type="text"/>				
Tandatangan: <input type="text"/> (Ibu/Bapa/Perjaga)				
II. Saya seperti nama dan No. Pengenalan seperti di atas (Bhg. A) di sini memberi keizinan untuk rawatan yang perlu.				
Tandatangan: <input type="text"/>		Nama: <input type="text"/>		
		Jenis Dokumen Pengenalan: <input type="text"/>		
		No. K/P.: <input type="text"/>		
		Tandatangan: <input type="text"/>		
C. CATATAN PERUBATAN YANG LAMPAU (Tandakan (✓) di kotak Y jika ada, atau kotak T jika tiada)				
Diskrasia Darah: <input type="text"/>	Penyakit Jantung: <input type="text"/>	Jaundis: <input type="text"/>	Kecacatan Mental: <input type="text"/>	Epilepsi: <input type="text"/>
Penyakit Alahan: <input type="text"/>	Darah Tinggi: <input type="text"/>	Kencing Manis: <input type="text"/>	Kes Berisiko: <input type="text"/>	Penyakit Jantung: <input type="text"/>
Penyakit Lain: <input type="text"/>		Klinik/Hospital yang memberi rawatan perubatan: <input type="text"/>		
Pengambilan ubat-ubatan: <input type="text"/>				
D. CATATAN PERGIGIAN (Tandakan (✓) di kotak Y jika ada, atau kotak T jika tiada)				
Pendarahan Berlanjutan Selepas Cabutan: <input type="text"/>	Cabutan rumit: <input type="text"/>	Femah mendapat rawatan di sekolah?: <input type="text"/>		
Komplikasi lain (nyatakan): <input type="text"/>				



HOSPITAL _____

KEIZINAN PEMBEDAHAN/PROSEDUR

PER/CONSENT/2016

Saya, _____ beralamat _____
 _____ dengan ini bersetuju dan memberi keizinan untuk:

- * (A) menjalani pembedahan/prosedur _____
 * (B) menyerahkan *anak/jagaan saya, _____ No. KP/ID _____
 untuk menjalani pembedahan/prosedur _____

di bawah (jenis anastesia) *anestesia umum/setempat/lain-lain _____
 yang maklumat/tatacara, tujuan dan risikonya telah diterangkan kepada saya oleh Dr. _____
 melalui penterjemah (jika ada) _____. Saya mengaku bahawa saya faham akan
 penerangan yang diberikan dengan sepenuhnya dan saya juga faham sebab, akibat dan risiko
 pembedahan/prosedur berkenaan.

Saya Juga bersetuju dan memberi keizinan untuk sebarang pembedahan/prosedur tambahan
 atau alternatif sebagaimana yang didapati perlu semasa pembedahan/prosedur tersebut di atas dan
 pemberian anastesia umum, setempat atau lain-lain bagi tujuan ini.

Tidak ada jaminan yang telah diberi kepada saya bahawa pembedahan/prosedur/rawatan bius
 itu akan dijalankan oleh mana-mana pengamal tertentu.

Ditandatangani : _____
 (*Pesakit/Ibu/Bapa/Penjaga)

Hubungan/Tali Persaudaraan: _____
 No. KP/ID : _____
 Tarikh : _____

Saksi:
 Tandatangan : _____
 Nama : _____
 No. KP/ID : _____
 Jawatan : _____
 Tarikh : _____

Peringatan:

- Jika seseorang itu memberi keizinan sebagai seorang penjaga, hendaklah hubungan/tali persaudaraannya dijelaskan di bawah tandatangannya.
- Saksi boleh terdiri dari pengamal berdaftar/jururawat yang tidak terlibat secara langsung dengan rawatan dan tiada hubungan/tali persaudaraan dengan pesakit atau pengamal yang meminta keizinan.

Penterjemah (jika ada):

Tandatangan : _____
 No. KP/ID : _____
 Tarikh : _____
 Bahasa yang digunakan : _____

Saya mengakui bahawa saya telah menerangkan maklumat/tatacara, tujuan dan risiko
 pembedahan/prosedur ini kepada *pesakit/ibu/bapa/penjaga.

Ditandatangani: _____
 (Pengamal *Perubatan/Pergigian)

No. MPM : _____
 Tarikh : _____
 Cap Jawatan : _____

Peringatan:

Sebarang pindaan kepada borang ini hendaklah dibuat sebelum penerangan diberi dan borang dikemukakan untuk ditandatangani.

*Potong yang tidak berkenaan



HOSPITAL _____

Nama Pesakit : _____
No. MRN : _____
No. KP/ID : _____
Jantina : _____
Tarikh : _____

Lampiran A: Penjelasan tentang pembedahan/prosedur _____

Maklumat/Tatacara:

Tujuan:

Risiko:
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Nota penjelasan tambahan yang diberi (jika ada) bertajuk: _____

Tandatangan *Pesakit/Ibu/Bapa/Penjaga:

Peringatan:
Keizinan Pembedahan/Prosedur dan Lampiran A
hendaklah ditandatangani oleh individu yang sama.

*Potong yang tidak berkenaan



HOSPITAL _____

CONSENT FOR OPERATION/PROCEDURE

PER/CONSENT/2016

I, _____ of (address) _____ hereby agree and consent

*(A) to undergo the operation(s)/procedure(s) of _____

*(B) to the submission of my *child/ward, _____, IC/ID No. _____

to undergo the operation(s)/procedure(s) of _____

under (type of anaesthesia) *general/local/other(s) _____

the nature, purpose and potential risk(s) of which have been explained to me by Dr. _____

through interpretation by (if any) _____, I fully understand the explanation given

and also understand the reasons, consequences and risks of the operation/procedure.

I also agree and consent to any additional or alternative operative measures/procedures as may be found necessary during the course of the above mentioned operation(s)/procedure(s) and to the administration of general, local or other anaesthesia for any of these purposes.

No guarantee has been given to me that the operation/procedure/anaesthetic care will be performed by any particular practitioner.

Signed : _____
 (*Patient/Parent/Guardian)
Relationship: _____
IC/ID No. : _____
Date : _____

Note:
• If the person gives his/her consent as a guardian, his/her relationship with the patient should be stated below his/her signature.
• The witness may be another practitioner or a nurse who is not directly involved in the management of the patient nor related to the patient or the practitioner taking consent.

Witness:
Signature : _____
Name : _____
IC/ID No. : _____
Designation : _____
Date : _____

Interpreter (if any):
Signature : _____
IC/ID No. : _____
Date : _____
Language used: _____

I confirm that I have explained the nature, purpose and potential risk(s) of this operation(s)/ procedure(s) to the *patient/parent/guardian.

Signed : _____
 (*Medical/Dental Practitioner)
MMC/MDC No.: _____
Date : _____
Stamp : _____

Note:
Any amendments to the form are to be made before the explanation is given and the form is submitted for signature.

*Delete as appropriate



HOSPITAL _____

Name of patient: _____
MRN No. : _____
IC/ID No. : _____
Gender : _____
Date : _____

Attachment A: Explanation of operation/procedure _____

Nature:

Purpose:

Risk(s):
1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Title of additional explanatory note/information sheet provided (if any): _____

Signature of *Patient/Parent/Guardian: _____

Note:
Consent for operation/procedure and Attachment A
must be signed by the same person.

***Delete as appropriate**



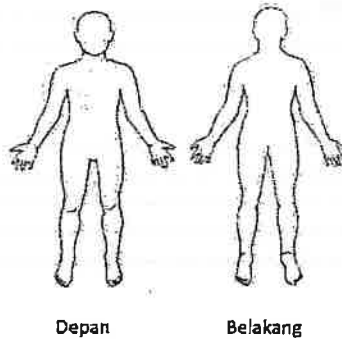
HOSPITAL _____

BORANG KEIZINAN FOTOGRAFI/MULTIMEDIA

PER/PHOTO/2016

Nama pesakit : _____
 No. KP/ID : _____
 MRN : _____

Ditandakan dalam gambarajah di bawah, bahagian badan yang akan dirakam imejnya (jika berkenaan):



Bahagian badan dalam perkataan:

(1) _____
 (2) _____
 (3) _____
 (4) _____
 (5) _____

Saya, *pesakit sendiri/ibu/bapa/penjaga/suami/isteri/saudara kepada pesakit yang namanya tertera di atas, dengan ini bersetuju dan memberi keizinan untuk *fotografi/rakaman multimedia diambil ke atas *saya/pesakit, seperti yang ditandakan di atas, bagi tujuan diagnosa, perawatan, pembelajaran, akademik dan penyelidikan sahaja. Rakaman ini tidak akan diterbitkan bagi tujuan komersial atau peribadi. Walau bagaimanapun, saya bersetuju dan memberi kebenaran untuk rakaman ini digunakan bagi promosi kesihatan atau pembelajaran. Saya difahamkan bahawa kerahsiaan dan kehormatan diri *saya/pesakit akan dilindungi sebaik mungkin.

Tandatangan *pesakit/pemberi izin : _____
 Nama pemberi izin : _____
 Hubungan dengan pesakit: _____
 No. KP/ID pemberi izin : _____
 Tarikh : _____

Penterjemah (jika ada):
 Tandatangan : _____
 Nama : _____
 No. KP/ID : _____
 Tarikh : _____
 Bahasa yang digunakan: _____

Pemohon:
 Tandatangan : _____
 Nama : _____
 Jawatan : _____
 No. KP/ID : _____
 Tarikh : _____

Saksi:
 Tandatangan : _____
 Nama : _____
 Jawatan : _____
 No. KP/ID : _____
 Tarikh : _____

*Potong yang tidak berkenaan

m/s 1/1



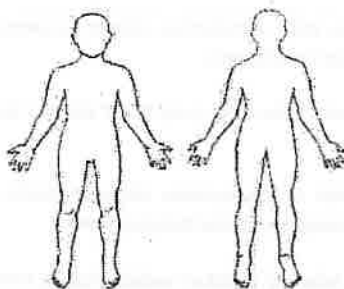
HOSPITAL _____

PHOTOGRAPHY/MULTIMEDIA CONSENT FORM

PER/PHOTO/2016

Name of patient : _____
IC/ID No. : _____
MRN : _____

Indicated in the diagram below, is the area(s) which is/are to be photographed/recorded (if applicable):



Front

Back

Part(s) of the body in words:

- (1) _____
- (2) _____
- (3) _____
- (4) _____
- (5) _____

I, *parent/guardian/spouse/relative of the above named, consent to the *photography/multimedia recording, as indicated above, of *myself/the said patient, to be used only for diagnostic, treatment, teaching, academic and research purposes. The record is not for commercial or personal publication. However, I agree and give my consent for this record to be used for health promotion or teaching. I have been explained and understand that *my/the patient's identity and modesty will be protected as far as possible.

Signature of *patient/person consenting: _____
Name of person consenting : _____
Relationship : _____
IC/ID No. of person consenting : _____
Date : _____

Translator (if any):

Signature : _____
Name : _____
IC/ID No. : _____
Date : _____
Language used : _____

Requesting person:

Signature : _____
Name : _____
Designation : _____
IC/ID No. : _____
Date : _____

Witness:

Signature : _____
Name : _____
Designation : _____
IC/ID No. : _____
Date : _____

*Delete as appropriate



HOSPITAL _____

SURAT AKUAN TIDAK SETUJU RAWATAN/PROSEDUR

PER/REFUSE/2016

Saya, _____ No. KP/ID _____
 adalah *pesakit sendiri/lbu/bapa/suami/isteri/anak/penjaga/saudara kepada pesakit,
 _____ No. KP/ID _____,
 tidak bersetuju menerima rawatan/prosedur _____
 ke atas *saya/pesakit. Saya mengakui bahawa saya telah dimaklumkan dengan terperinci mengenai
 rawatan/prosedur tersebut termasuklah keperluan dan kebakkannya.

Saya juga telah dimaklumkan dan memahami risiko-risiko yang boleh dihadapi jika rawatan/
 prosedur ini tidak dilakukan.

Saya mengaku bahawa keputusan ini adalah di atas kerelaan diri saya sendiri. Saya akan
 bertanggungjawab sepenuhnya ke atas sebarang kemungkinan akibat tindakan saya ini.

Saya mengakujaji tidak akan mengambil sebarang tindakan undang-undang terhadap pihak
 hospital atau mana-mana pihak lain yang berkenaan sekiranya berlaku sebarang perkara yang tidak
 diingini akibat daripada keputusan saya ini.

Tandatangan : _____
 (*Pesakit/lbu/bapa/suami/isteri/anak/penjaga/saudara,
 nyatakan hubungan: _____)
 Alamat : _____
 No. Telefon : _____
 Tarikh : _____

Tandatangan penterjemah: _____
 (jika ada)
 Nama Penterjemah: _____
 No. KP/ID : _____
 Tarikh : _____
 Bahasa yang digunakan: _____

Tandatangan Doktor : _____
 Nama Doktor : _____
 No. MPM : _____
 Tarikh : _____
 Cap Jawatan : _____

Tandatangan saksi : _____
 Nama saksi : _____
 No. KP/ID : _____
 Jawatan : _____
 Tarikh : _____

*Potong yang tidak berkenaan

m/s 1/1



HOSPITAL _____

TESTIMONIAL LETTER OF REFUSAL OF TREATMENT/PROCEDURE

PER/REFUSE/2016

I, _____ IC/ID No. _____
*patient/parent/spouse/son/daughter/guardian/relative of the patient
IC/ID No. _____ refuse the treatment/procedure of _____
for *me/the patient. I have been given detailed explanation of the treatment/procedure including the
purpose and benefit(s).

I have also been explained and understand the possible risk(s) if the treatment/procedure is not
performed.

I confess that this decision was made on my own free will. I shall be fully responsible for any
possible consequence(s) arising from this action.

I affirm that I will not take any legal action upon the hospital or any other relevant parties
should there be any unfortunate outcome resulting from this decision.

Signature : _____
(*Patient/Parent/Spouse/Son/Daughter/Guardian/Relative,
state relationship : _____)
Address : _____
Tel. No. : _____
Date : _____

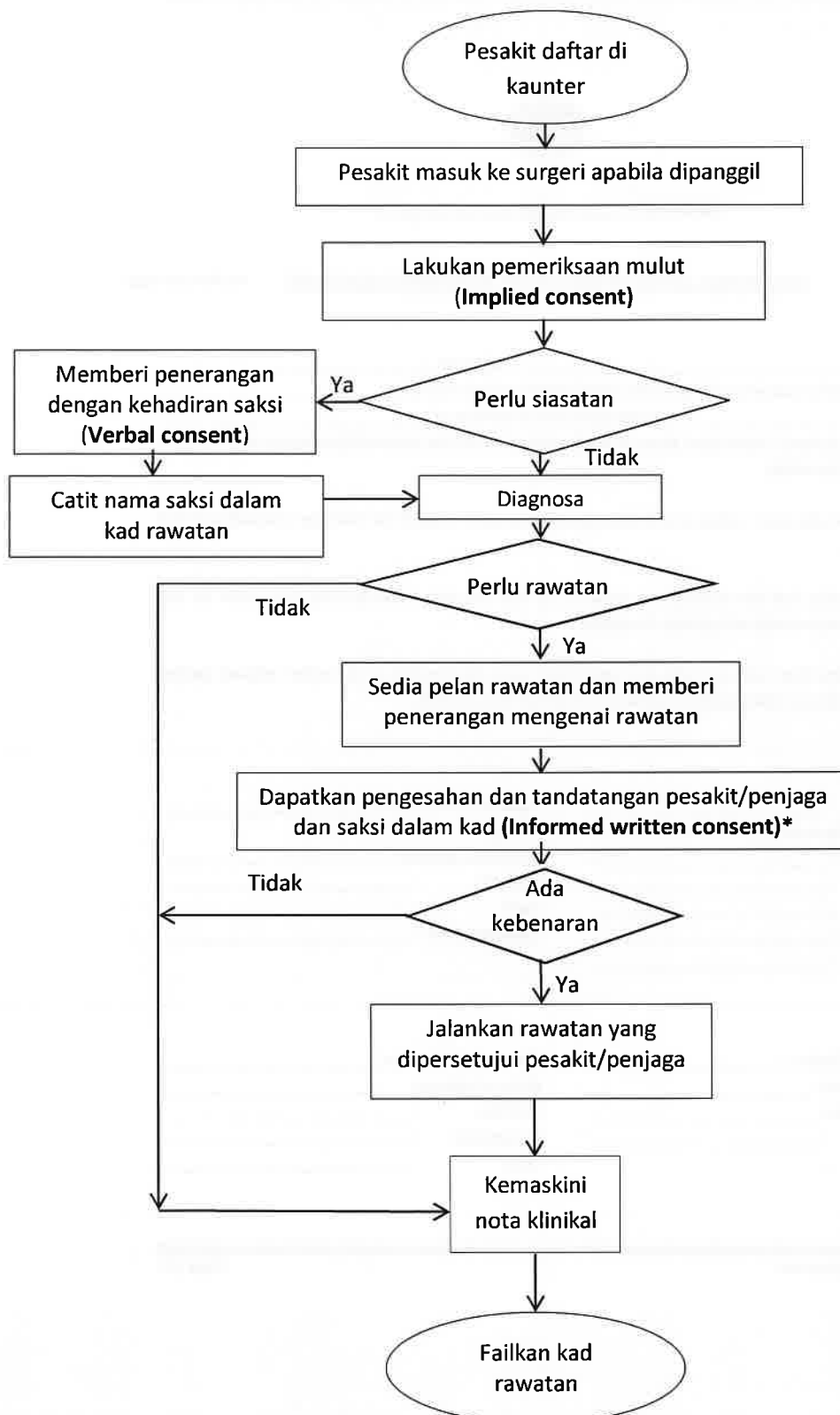
Signature of translator: _____
(if any)
Name of translator: _____
IC/ID No. : _____
Date : _____
Language used : _____

Signature of Doctor : _____
Name of Doctor: _____
MMC/MDC No.: _____
Date : _____
Stamp : _____

Signature of witness: _____
Name of witness: _____
IC/ID No. : _____
Designation : _____
Date : _____

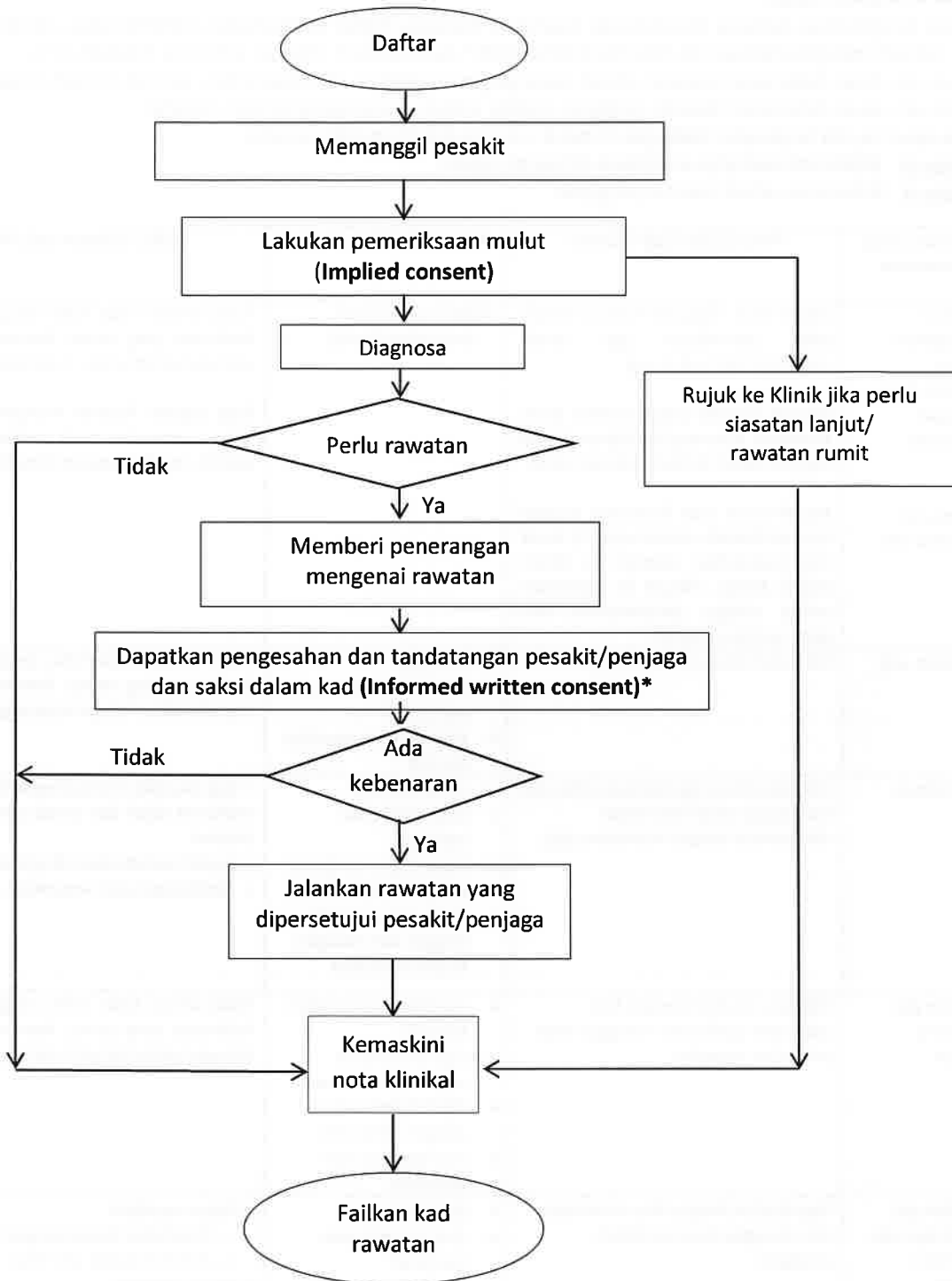
*Delete as appropriate

KEBENARAN RAWATAN PERGIGIAN DI KLINIK PERGIGIAN PRIMER DAN KLINIK PERGIGIAN PAKAR KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA



*Sekiranya perlu pembedahan, borang kebenaran pembedahan KKM digunakan (PER/CONSENT/2016)
Untuk mengambil foto, kebenaran diperlukan

**CARTA ALIR PENGURUSAN KEBENARAN RAWATAN PERGIGIAN
PERKHIDMATAN KOMUNITI
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**



**PENJELASAN RAWATAN PERGIGIAN YANG DIJALANKAN DI BAWAH
PERKHIDMATAN PERGIGIAN SEKOLAH/PRA SEKOLAH/TODDLER
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Kepada ibubapa/penjaga,

Sukacita dimaklumkan bahawa Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) menyediakan perkhidmatan pemeriksaan pergigian bagi murid sekolah mengikut Seksyen 65 Akta Pendidikan 1996* dan memberi rawatan sekiranya didapati perlu.

Tempoh sah akuan kebenaran rawatan adalah sepanjang persekolahan dari prasekolah, sekolah rendah hingga sekolah menengah. Tempoh sah akuan kebenaran rawatan pergigian toddler adalah di sepanjang tempoh rawatan.

Sehubungan itu, sila lengkapkan **Bahagian A dan B** untuk tindakan rawatan susulan.

Bahagian A - Maklumat kesihatan anak/anak di bawah jagaan

Bahagian B - Kebenaran untuk rawatan pergigian

Rawatan yang disediakan	Penerangan bagi rawatan	Akibat jika tidak dirawat	Risiko rawatan yang mungkin berlaku
Rawatan pencegahan klinikal <ul style="list-style-type: none"> • Sealan fisur • Sapuan Fluorida • Kumuran Berfluorida 	Sealan fisur / Sapuan Fluorida disapu pada permukaan gigi untuk mencegah kerosakan gigi. Sapuan fluorida untuk toddler perlu diaplikasi sekurang-kurangnya 4 kali sapuan dalam tempoh 6 bulan sekali. Murid-murid akan berkumur dengan larutan fluorida selama satu (1) minit dan meludahkan kembali ke dalam cawan kertas. Aktiviti ini dijalankan setiap minggu persekolahan dan akan sentiasa diawasi.	<ul style="list-style-type: none"> • Gigi mudah rosak (berlubang/kaviti) 	Pada amnya tiada risiko yang boleh memberi kesan kesihatan yang serius. Kemungkinan berlaku alahan kepada bahan tetapi ini jarang berlaku. Bagi sapuan fluorida mungkin terdapat perubahan warna sementara pada permukaan gigi dan juga ada sedikit rasa dari sapuan tersebut.
Tampalan gigi	Menutup lubang /kaviti di gigi.	<ul style="list-style-type: none"> • Sakit gigi • Gusi bengkak dan bernanah • Gigi mungkin terpaksa dicabut 	Pada amnya tiada risiko yang boleh memberi kesan kesihatan yang serius. Kemungkinan berlaku alahan kepada bahan tetapi ini jarang berlaku.
Penskaleran	Membersihkan gigi daripada plak dan karang gigi yang tidak dapat dikeluarkan dengan memberus gigi.	<ul style="list-style-type: none"> • Mulut berbau • Gusi merah dan bengkak • Gusi mudah berdarah dan bernanah • Gigi boleh menjadi longgar dan mungkin terpaksa dicabut 	<ul style="list-style-type: none"> • Gigi mungkin menjadi sensitif kepada minuman dan makanan sejuk dan panas untuk tempoh masa yang singkat. • Sedikit pendarahan di sekitar gusi yang dirawat. • Ketidakselesaan sementara.
Cabutan gigi susu yang longgar	Gigi susu dicabut dengan bius setempat topikal dan menggunakan peralatan pergigian.	<ul style="list-style-type: none"> • Gigi boleh tertanggal / tertelan • Gigi tersedut ke saluran pernafasan • Tidak boleh makan dengan sempurna • Gusi bengkak dan bernanah 	Pada amnya tiada risiko yang boleh memberi kesan kesihatan yang serius. Kemungkinan berlaku alahan kepada bahan tetapi ini jarang berlaku.
Cabutan gigi kekal/ gigi susu yang tidak longgar (Kebenaran tambahan diperlukan)	Gigi dicabut dengan bius setempat dan menggunakan peralatan pergigian.	<ul style="list-style-type: none"> • Sakit gigi • Gusi bengkak dan bernanah • Jangkitan merebak • Demam 	<ul style="list-style-type: none"> • Kesan suntikan <ul style="list-style-type: none"> ○ Rasa kebas berpanjangan ○ Alahan kepada ubat bius • Kesan cabutan <ul style="list-style-type: none"> ○ Pendarahan berpanjangan (lebih 1 jam) ○ Bengkak dan sakit di kawasan cabutan

* Seksyen 65 Akta Pendidikan 1996 (Akta 550):

1) Menteri hendaklah, setakat yang munasabah dan praktik berbuat sedemikian, mengadakan pemeriksaan perubatan dan pergigian pada lat tempoh yang sesuai ke atas murid institusi pendidikan kerajaan atau bantuan kerajaan.

(2) Seseorang pegawai yang diberikuasa bagi maksud itu oleh Menteri boleh menghendaki ibu bapa atau penjaga murid institusi pendidikan kerajaan atau bantuan kerajaan menyebabkan murid itu menjalani pemeriksaan perubatan atau pergigian.

**KEBENARAN UNTUK RAWATAN PERGIGIAN
PERKHIDMATAN PERGIGIAN SEKOLAH/PRA SEKOLAH/TODDLER
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

BAHAGIAN A - MAKLUMAT KESIHATAN MURID/PRA SEKOLAH/TODDLER

Anak saya, pernah / sedang menghidap penyakit/
keadaan/ komplikasi berikut :

(Sila bulatkan yang berkenaan)

Masalah berkaitan darah	: Ya / Tidak	Penyakit jantung	: Ya / Tidak
Kecacatan mental	: Ya / Tidak	Penyakit sawan	: Ya / Tidak
Alahan	: Ya / Tidak	Darah tinggi	: Ya / Tidak
Kencing manis	: Ya / Tidak	Masalah buah pinggang	: Ya / Tidak
Lelah/Asma	: Ya / Tidak		
Pendarahan berlanjutan selepas cabutan gigi	: Ya / Tidak		
Pengambilan ubat-ubatan	: Ya / Tidak		

Sila nyatakan :

Lain-lain :

BAHAGIAN B - KEBENARAN UNTUK RAWATAN PERKHIDMATAN PERGIGIAN SEKOLAH/ PRA SEKOLAH/TODDLER

Saya, dengan ini
(Nama Ibu/bapa/penjaga)
memberi / tidak memberi* kebenaran supaya anak saya / anak di bawah jagaan saya*

.....No.Surat Beranak/No.MyKid/MyKad/Pasport.....
(Nama murid) *(Murid)*

menerima rawatan pergigian di bawah program Perkhidmatan Pergigian Sekolah dan Pra sekolah sepanjang tempoh persekolahan/Toddler di sepanjang tempoh rawatan.

Saya telah diberi penjelasan dan memahami penerangan berkaitan rawatan yang akan dijalankan.

Ibu/bapa/penjaga

Saksi

Tandatangan:

Tandatangan:

Nama:

Nama:

No. MyKad/Pasport*:

No. MyKad/Pasport*:

Tarikh:

Tarikh:

* Potong mana yang tidak berkenaan

Lampiran 7(sambungan)

**PENJELASAN RAWATAN PERGIGIAN YANG DIJALANKAN DI BAWAH
PERKHIDMATAN PERGIGIAN SEKOLAH/PRA SEKOLAH/TODDLER
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Kepada ibubapa/penjaga,

Sila simpan salinan ini sebagai rujukan.

Rawatan yang disediakan	Penerangan bagi rawatan	Akibat jika tidak dirawat	Risiko rawatan yang mungkin berlaku
Rawatan pencegahan klinikal <ul style="list-style-type: none"> • Sealan fisur • Sapuan Fluorida • Kumuran Berfluorida 	Sealan fisur / Sapuan Fluorida disapu pada permukaan gigi untuk mencegah kerosakan gigi. Sapuan fluorida untuk toddler perlu diaplikasi sekurang-kurangnya 4 kali sapuan dalam tempoh 6 bulan sekali. Murid-murid akan berkumur dengan larutan fluorida selama satu (1) minit dan meludahkan kembali ke dalam cawan kertas. Aktiviti ini dijalankan setiap minggu persekolahan dan akan sentiasa diawasi.	<ul style="list-style-type: none"> • Gigi mudah rosak (berlubang/kaviti) 	Pada amnya tiada risiko yang boleh memberi kesan kesihatan yang serius. Kemungkinan berlaku alahan kepada bahan tetapi ini jarang berlaku. Bagi sapuan fluorida mungkin terdapat perubahan warna sementara pada permukaan gigi dan juga ada sedikit rasa dari sapuan tersebut
Tampalan gigi	Menutup lubang /kaviti di gigi.	<ul style="list-style-type: none"> • Sakit gigi • Gusi bengkak dan bernanah • Gigi mungkin terpaksa dicabut 	Pada amnya tiada risiko yang boleh memberi kesan kesihatan yang serius. Kemungkinan berlaku alahan kepada bahan tetapi ini jarang berlaku.
Penskaleran	Membersihkan gigi daripada plak dan karang gigi yang tidak dapat dikeluarkan dengan memberus gigi.	<ul style="list-style-type: none"> • Mulut berbau • Gusi merah dan bengkak • Gusi mudah berdarah dan bernanah • Gigi boleh menjadi longgar dan mungkin terpaksa dicabut 	<ul style="list-style-type: none"> • Gigi mungkin menjadi sensitif kepada minuman dan makanan sejuk dan panas untuk tempoh masa yang singkat. • Sedikit pendarahan di sekitar gusi yang dirawat. • Ketidakelesaan sementara.
Cabutan gigi susu yang longgar	Gigi susu dicabut dengan bius setempat topikal dan menggunakan peralatan pergigian.	<ul style="list-style-type: none"> • Gigi boleh tertanggal / tertelan • Gigi tersedut ke saluran pernafasan • Tidak boleh makan dengan sempurna • Gusi bengkak dan bernanah 	Pada amnya tiada risiko yang boleh memberi kesan kesihatan yang serius. Kemungkinan berlaku alahan kepada bahan tetapi ini jarang berlaku.
Cabutan gigi kekal/ gigi susu yang tidak longgar (Kebenaran tambahan diperlukan)	Gigi dicabut dengan bius setempat dan menggunakan peralatan pergigian.	<ul style="list-style-type: none"> • Sakit gigi • Gusi bengkak dan bernanah • Jangkitan merebak • Demam 	<ul style="list-style-type: none"> • Kesan suntikan <ul style="list-style-type: none"> ○ Rasa kebas berpanjangan ○ Alahan kepada ubat bius • Kesan cabutan <ul style="list-style-type: none"> ○ Pendarahan berpanjangan (lebih 1 jam) ○ Bengkak dan sakit di kawasan cabutan

* Seksyen 65 Akta Pendidikan 1996 (Akta 550):

1) Menteri hendaklah, setakat yang munasabah dan praktik berbuat sedemikian, mengadakan pemeriksaan perubatan dan pergigian pada lat tempoh yang sesuai ke atas murid institusi pendidikan kerajaan atau bantuan kerajaan.

(2) Seseorang pegawai yang diberikuasa bagi maksud itu oleh Menteri boleh menghendaki ibu bapa atau penjaga murid institusi pendidikan kerajaan atau bantuan kerajaan menyebabkan murid itu menjalani pemeriksaan perubatan atau pergigian.

Untuk penerangan lanjut, sila hubungi Klinik Pergigian
di talian tel

Sekian, terima kasih.

**KEBENARAN BAGI RAWATAN CABUTAN GIGI KEKAL / GIGI SUSU YANG TIDAK LONGGAR
PERKHIDMATAN PERGIGIAN SEKOLAH
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Kepada Ibu/Bapa/Penjaga,

KEBENARAN BAGI RAWATAN CABUTAN GIGI KEKAL/ GIGI SUSU YANG TIDAK LONGGAR DI SEKOLAH

Dengan hormatnya, dimaklumkan bahawa pemeriksaan pergigian telah diberi kepada
(Nama Murid)
dari kelas..... di sekolah.....

2. Hasil pemeriksaan didapati sebanyak batang gigi perlu dicabut bagi mengelak komplikasi yang tidak diingini seperti demam, bengkak gusi, gusi bernanah dan jangkitan merebak ke gigi / bahagian muka yang lain. Gigi..... akan dicabut dalam tempoh lawatan pasukan pergigian ke sekolah. Bagi gigi yang tidak dapat dicabut di sekolah, tuan/puan dinasihatkan untuk membawa anak/anak jagaan tuan/puan ke klinik pergigian berdekatan.

3. Mohon lengkapkan borang kebenaran yang disertakan dan kembalikan kepada pihak sekolah sebelum atau pada

4. Sekiranya tuan/puan tidak memberi kebenaran untuk menjalankan rawatan cabutan gigi di sekolah, tuan/puan dinasihatkan untuk membawa anak/anak jagaan tuan/puan ke klinik pergigian berdekatan untuk mendapatkan rawatan tersebut.

Sekian terima kasih.

Yang benar,

.....
(Tandatangan Pegawai Pergigian / Juruterapi Pergigian)

Klinik Pergigian:

Pejabat Pergigian Daerah:

Cop Pegawai Pergigian / Juruterapi Pergigian

Untuk penerangan lanjut, sila hubungi klinik pergigian di atas di talian tel

SayaNo.MyKad/Pasport* Ibu/Bapa/Penjaga*,
memberi / tidak memberi* kebenaran supaya anak saya/anak di bawah jagaan* saya
(Nama murid)

No. MyKid/MyKad/Pasport* dari kelas diberi
(Murid)

rawatan cabutan gigi seperti yang dinyatakan di atas. Saya memahami penerangan berkaitan dengan rawatan yang akan dijalankan.

Yang benar,

.....
(Tandatangan Ibu/Bapa/Penjaga*)

Tarikh :

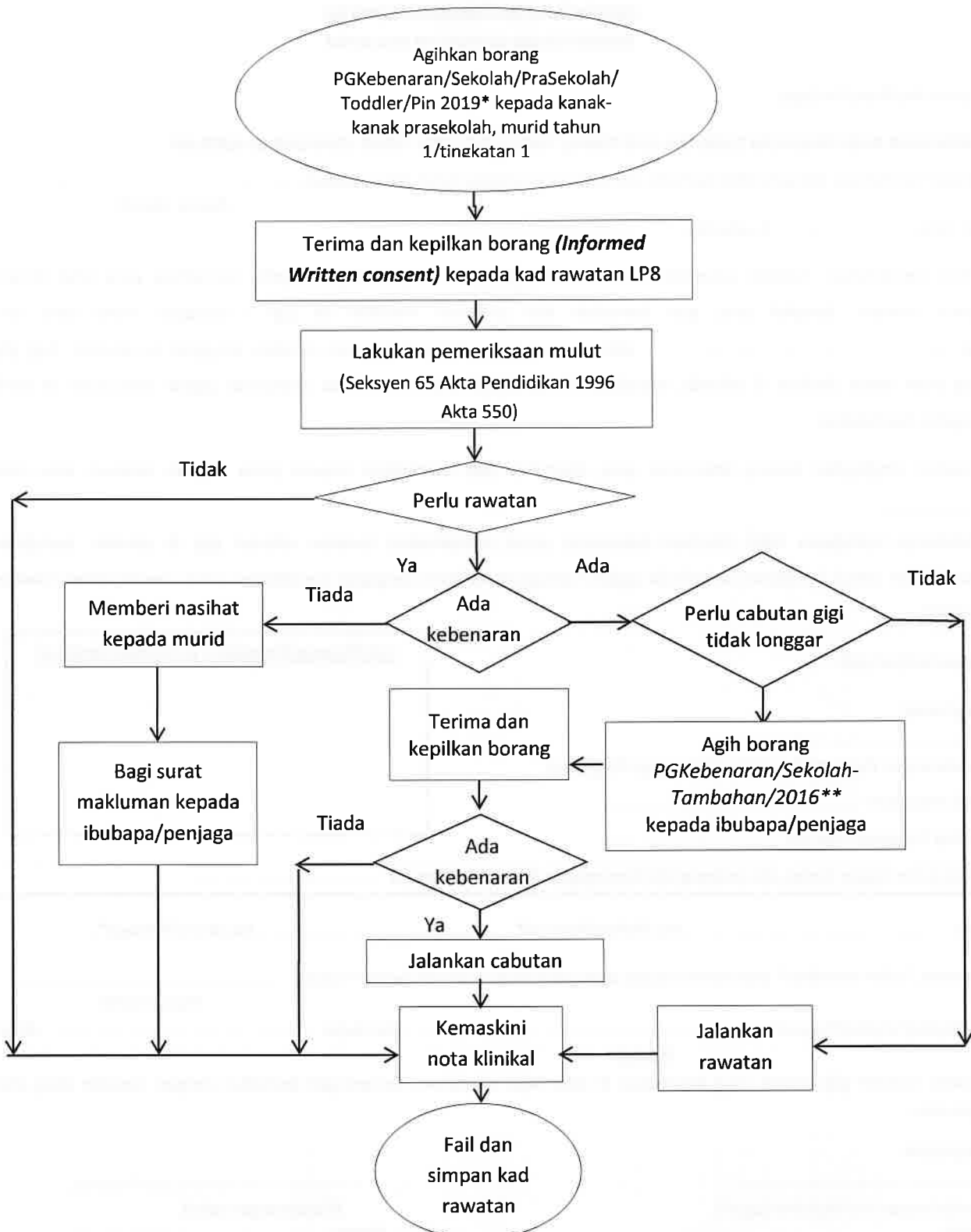
.....
(Tandatangan saksi)

Nama:

Tarikh:

* Potong mana yang tidak berkenaan

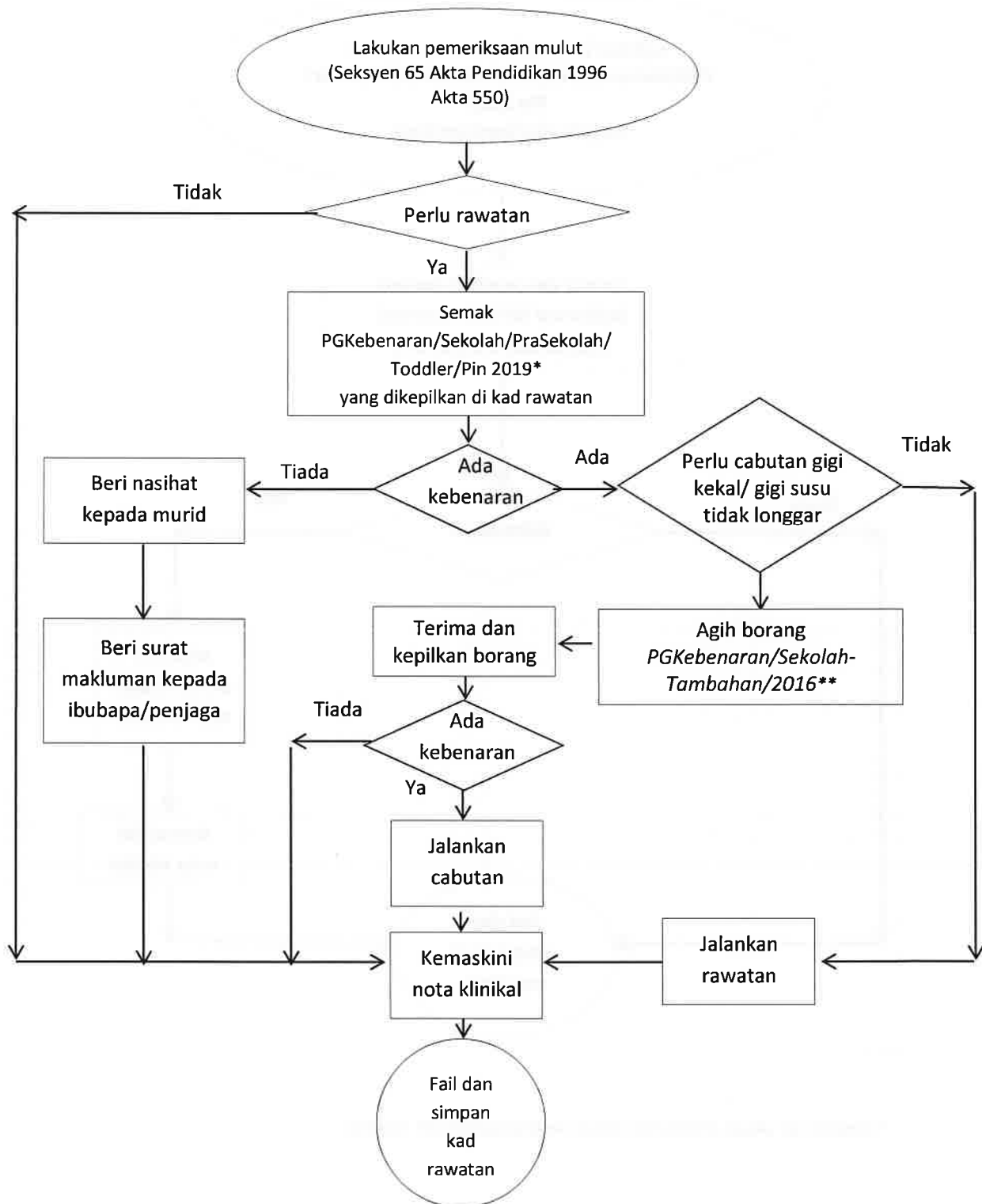
CARTA ALIR PENGURUSAN KEBENARAN UNTUK RAWATAN PERGIGIAN DI BAWAH PERKHIDMATAN PERGIGIAN SEKOLAH KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (MURID BARU)



*tempoh sah akuan kebenaran adalah sepanjang prasekolahan, sekolah rendah hingga menengah

** tempoh sah laku tahun semasa

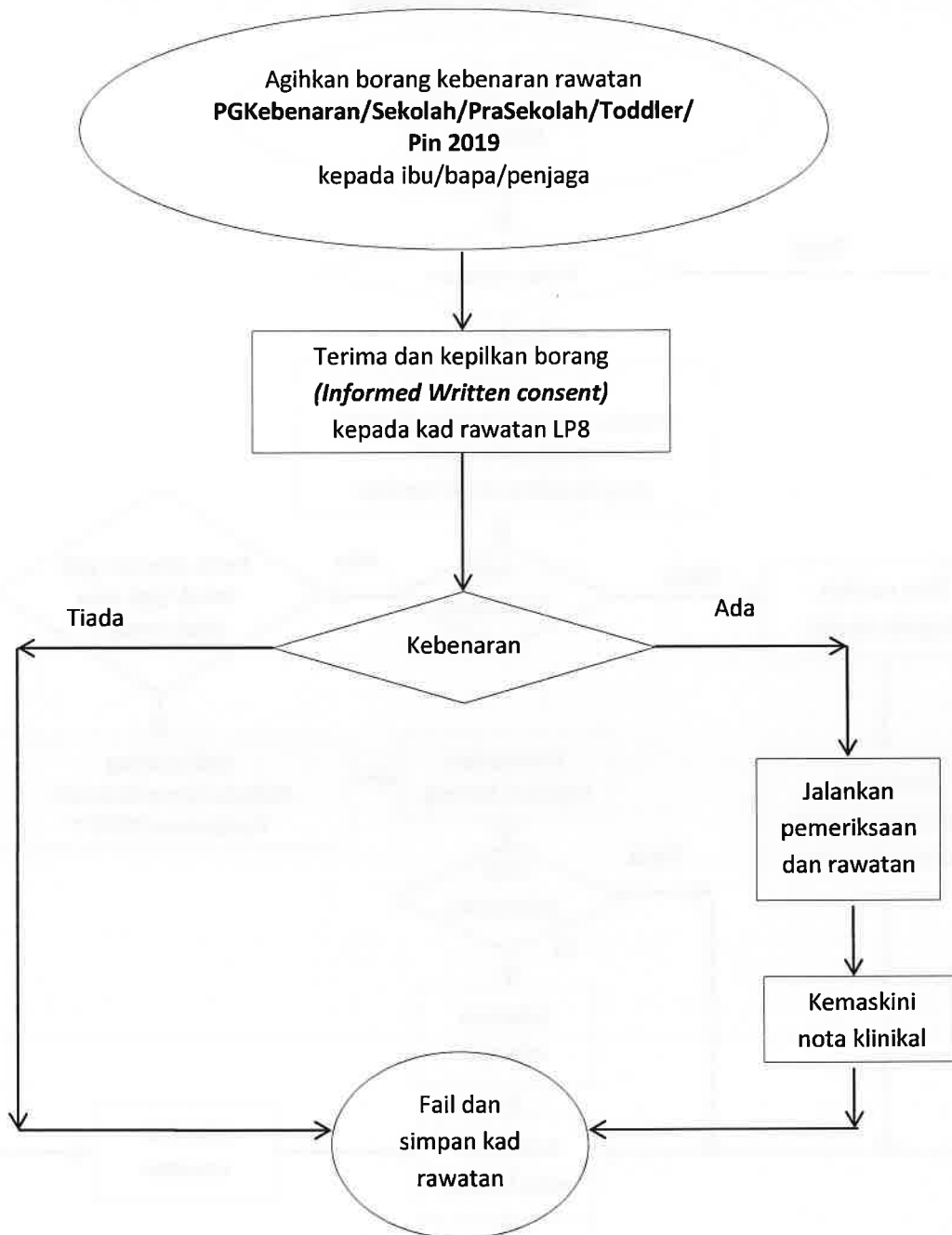
CARTA ALIR PENGURUSAN KEBENARAN UNTUK RAWATAN PERGIGIAN DI BAWAH PERKHIDMATAN PERGIGIAN SEKOLAH KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA (MURID ULANGAN)



*tempoh sah akuan kebenaran adalah sepanjang tempoh prasekolahan, sekolah rendah hingga menengah

** tempoh sah laku tahun semasa

**CARTA ALIR PENGURUSAN KEBENARAN UNTUK RAWATAN PERGIGIAN TODDLER
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**



* tempoh sah akuan kebenaran adalah sepanjang tempoh rawatan

**KEBENARAN UNTUK RAWATAN PERGIGIAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Saya No.MyKad/Pasport*
(Seperti dalam kad pengenalan)

mengesahkan saya/anak saya/anak di bawah jagaan saya*
. (Nama anak/anak dibawah jagaan)

No.MyKid/MyKad/Pasport* telah menjalani pemeriksaan pergigian.
(Anak/anak dibawah jagaan)

Saya telah diberi penerangan berkaitan tujuan dan risiko rawatan pergigian serta memahami penerangan berkaitan dengan rawatan yang akan dijalankan.

Dengan ini, saya memberi kebenaran ke atas rawatan pergigian berikut:

Rawatan	Gigi
Tampalan	
Cabutan	
Sealan Fisur	
Penyapuan Fluorida :	
Penskaleran :	
Gigi Palsu :	
Jika Lain-lain, Sila Nyatakan:	

Saya tidak memberi kebenaran ke atas rawatan pergigian berikut:

--	--

<u>Sendiri/Ibubapa/Penjaga*</u>	<u>Saksi</u>
Tandatangan :	Tandatangan:
Nama :	Nama:
No. MyKad/Pasport*:	No. MyKad/Pasport*:
Tarikh:	Tarikh:

* Potong mana yang tidak berkenaan

**KEBENARAN UNTUK RAWATAN PERGIGIAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Saya No.MyKad/Pasport*
(Seperti dalam kad pengenalan)

mengesahkan saya/anak saya/anak di bawah jagaan saya*
(Nama anak/anak dibawah jagaan)

No.MyKid/MyKad/Pasport* telah menjalani pemeriksaan pergigian.
(Anak/anak dibawah jagaan)

Saya telah diberi penerangan berkaitan tujuan dan risiko rawatan pergigian serta memahami penerangan berkaitan dengan rawatan yang akan dijalankan.

Dengan ini, saya memberi kebenaran ke atas rawatan pergigian berikut:

<u>Sendiri/Ibubapa/Penjaga*</u>	<u>Saksi</u>
Tandatangan :	Tandatangan:
Nama :	Nama:
No. MyKad/Pasport*:	No. MyKad/Pasport*:
Tarikh:	Tarikh:

* Potong mana yang tidak berkenaan

PENERANGAN MENGENAI RAWATAN ORTODONTIK

Rawatan ortodontik adalah satu bidang rawatan pergigian yang kompleks melibatkan diagnosis, pencegahan, pemintasan dan pembetulan maloklusi, serta keabnormalan kerangka struktur orofasial. Kejayaan rawatan ortodontik bergantung kepada kerjasama antara pesakit dan Pakar Ortodontik. Secara amnya, pesakit yang komited dan memahami prosedur rawatan dengan baik akan memberi hasil rawatan yang positif. Berikut adalah maklumat-maklumat penting yang perlu difahami oleh pesakit berkenaan rawatan ortodontik.

1. JANGKAMASA RAWATAN

- Secara amnya tempoh rawatan ortodontik mengambil masa lebih kurang **3-4 tahun** (2-3 tahun rawatan aktif dan 1 tahun pemegangan). Walau bagaimanapun, jangkamasa rawatan ini akan berpanjangan sekiranya pesakit tidak menepati temujanji yang ditetapkan dan terdapat banyak kerosakan aplians.
- Pesakit dan ibubapa/ penjaga haruslah **faham dan jelas** dengan rawatan ortodontik yang disyorkan. Perubahan kepada rancangan rawatan mungkin diperlukan dalam jangkamasa rawatan ortodontik. Sekiranya ini diperlukan, perubahan berkenaan akan dijelaskan terlebih dahulu.

2. TEMUJANJI

- Temujanji biasanya akan diberi setiap **6-8 minggu** atau mengikut keperluan rawatan. Lawatan berkala penting untuk kejayaan rawatan.
- Ibubapa/penjaga perlu mengambil perhatian bahawa rawatan ortodontik akan mengambil masa yang panjang, maka **gangguan kepada pembelajaran di sekolah atau di institusi pengajian tinggi** tidak dapat dielakkan.
- Permintaan untuk temujanji semasa **musim cuti sekolah atau cuti semester** sahaja tidak akan dilayan kerana rawatan yang tidak berterusan akan mengalami masalah dan menjejaskan kejayaan rawatan.
- Jika pesakit **tidak dapat hadir** pada hari yang ditetapkan adalah menjadi tanggungjawab pesakit untuk menelefon dan mendapatkan temujanji baru secepat mungkin.

3. RISIKO RAWATAN

Dalam tempoh rawatan ortodontik, pesakit berisiko menghadapi masalah-masalah seperti berikut:

- i. **Ketidakselesaan/ sakit (Discomfort/ soreness)** – pesakit akan mengalami gejala ini setiap kali rawatan aktif dijalankan. Pesakit boleh mengambil ubat tahan sakit yang dibenarkan sepanjang tempoh rawatan aktif bila perlu.

- ii. **Masalah gusi (*Gum problem*)** – masalah gusi mungkin akan terjadi ataupun menjadi lebih teruk dalam tempoh rawatan disebabkan pelbagai faktor, selalunya disebabkan tahap kebersihan mulut yang tidak memuaskan. Oleh itu, pesakit mesti menjaga kesihatan dan kebersihan mulut sepanjang rawatan. Sekiranya masalah gusi sukar dikawal, rawatan ortodontik akan ditamatkan.
- iii. **Resorpsi akar (*Root resorption*)** – risiko resorpsi akar gigi (akar gigi menjadi lebih pendek) mungkin berlaku semasa rawatan ortodontik. Kebanyakan kes gigi yang mengalami resorpsi masih lagi berfungsi seperti biasa. Sekiranya resorpsi makin ketara, rawatan mungkin dihentikan sementara. Dalam kes yang teruk, rawatan akan ditamatkan lebih awal.
- iv. **Dekalsifikasi dan karies gigi (*Decalcification and Dental Caries*)** – sekiranya terdapat banyak karies gigi atau dekalsifikasi akibat kurang kebersihan mulut, rawatan ortodontik boleh ditamatkan lebih awal dari yang sepatutnya. Oleh itu, pesakit perlu menjaga kebersihan mulut dengan baik, dan digalakkan membuat lawatan ke klinik gigi untuk pemeriksaan kebersihan mulut sepanjang rawatan ortodontik dijalankan.
- v. **Relapse** – gigi akan kembali ke kedudukan asal (*relapse*) sekiranya pesakit tidak memakai alat pemegang gigi (*retainer*) seperti yang diarahkan. Adalah menjadi tanggungjawab pesakit untuk memakai alat pemegang gigi seperti yang diarahkan. Rawatan semula tidak akan dilakukan jika pesakit gagal memakai alat pemegang gigi seperti yang diarahkan.
- Pesakit dan ibubapa/penjaga hendaklah **faham dan jelas** tentang risiko yang akan dialami sepanjang tempoh rawatan ortodontik.

4. KOS RAWATAN

- Rawatan ini dikenakan bayaran sebanyak RM _____ untuk aplians boleh tanggal / aplians tetap dan alat pemegang.
- Bayaran tambahan akan dikenakan sekiranya terdapat keperluan penggunaan auksiliari/ komponen tambahan semasa rawatan.
- Adalah tanggungjawab pesakit dan ibubapa/ penjaga untuk menjelaskan bayaran berkenaan. Kegagalan untuk berbuat demikian akan menyebabkan rawatan pesakit tertangguh sehingga semua bayaran dijelaskan.

5. REKOD PESAKIT

- Rekod-rekod pesakit termasuk model gigi, foto, x-ray, dan rekod yang lain mungkin akan digunakan untuk tujuan penyelidikan dan pengajaran-pembelajaran.

KEMENTERIAN KEMAHKAMAN, KEPERAWATAN DAN KESEHATAN MASYARAKAT
REPUBLIK INDONESIA

No. 12/2019/SK/KEMKES

BORANG KEBENARAN UNTUK
CETAKAN

**PENJELASAN RAWATAN PERGIGIAN YANG DIJALANKAN DI BAWAH
PERKHIDMATAN PERGIGIAN SEKOLAH/PRA SEKOLAH/TODDLER
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Kepada ibubapa/penjaga,

Sukacita dimaklumkan bahawa Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) menyediakan perkhidmatan pemeriksaan pergigian bagi murid sekolah mengikut Seksyen 65 Akta Pendidikan 1996* dan memberi rawatan sekiranya didapati perlu.

Tempoh sah akuan kebenaran rawatan adalah sepanjang persekolahan dari prasekolah, sekolah rendah hingga sekolah menengah. Tempoh sah akuan kebenaran rawatan pergigian toddler adalah di sepanjang tempoh rawatan.

Sehubungan itu, sila lengkapkan **Bahagian A dan B** untuk tindakan rawatan susulan.

Bahagian A - Maklumat kesihatan anak/anak di bawah jagaan

Bahagian B - Kebenaran untuk rawatan pergigian

Rawatan yang disediakan	Penerangan bagi rawatan	Akibat jika tidak dirawat	Risiko rawatan yang mungkin berlaku
Rawatan pencegahan klinikal <ul style="list-style-type: none"> • Sealan fisur • Sapuan Fluorida • Kumuran Berfluorida 	Sealan fisur / Sapuan Fluorida disapu pada permukaan gigi untuk mencegah kerosakan gigi. Sapuan fluorida untuk toddler perlu diaplikasi sekurang-kurangnya 4 kali sapuan dalam tempoh 6 bulan sekali. Murid-murid akan berkumur dengan larutan fluorida selama satu (1) minit dan meludahkan kembali ke dalam cawan kertas. Aktiviti ini dijalankan setiap minggu persekolahan dan akan sentiasa diawasi.	<ul style="list-style-type: none"> • Gigi mudah rosak (berlubang/kaviti) 	Pada amnya tiada risiko yang boleh memberi kesan kesihatan yang serius. Kemungkinan berlaku alahan kepada bahan tetapi ini jarang berlaku. Bagi sapuan fluorida mungkin terdapat perubahan warna sementara pada permukaan gigi dan juga ada sedikit rasa dari sapuan tersebut
Tampalan gigi	Menutup lubang /kaviti di gigi.	<ul style="list-style-type: none"> • Sakit gigi • Gusi bengkak dan bernanah • Gigi mungkin terpaksa dicabut 	Pada amnya tiada risiko yang boleh memberi kesan kesihatan yang serius. Kemungkinan berlaku alahan kepada bahan tetapi ini jarang berlaku.
Penskaleran	Membersihkan gigi daripada plak dan karang gigi yang tidak dapat dikeluarkan dengan memberus gigi.	<ul style="list-style-type: none"> • Mulut berbau • Gusi merah dan bengkak • Gusi mudah berdarah dan bernanah • Gigi boleh menjadi longgar dan mungkin terpaksa dicabut 	<ul style="list-style-type: none"> • Gigi mungkin menjadi sensitif kepada minuman dan makanan sejuk dan panas untuk tempoh masa yang singkat. • Sedikit pendarahan di sekitar gusi yang dirawat. • Ketidakelesaian sementara.
Cabutan gigi susu yang longgar	Gigi susu dicabut dengan bius setempat topikal dan menggunakan peralatan pergigian.	<ul style="list-style-type: none"> • Gigi boleh tertanggal / tertelan • Gigi tersedut ke saluran pernafasan • Tidak boleh makan dengan sempurna • Gusi bengkak dan bernanah 	Pada amnya tiada risiko yang boleh memberi kesan kesihatan yang serius. Kemungkinan berlaku alahan kepada bahan tetapi ini jarang berlaku.
Cabutan gigi kekal/ gigi susu yang tidak longgar (Kebenaran tambahan diperlukan)	Gigi dicabut dengan bius setempat dan menggunakan peralatan pergigian.	<ul style="list-style-type: none"> • Sakit gigi • Gusi bengkak dan bernanah • Jangkitan merebak • Demam 	<ul style="list-style-type: none"> • Kesan suntikan <ul style="list-style-type: none"> ○ Rasa kebas berpanjangan ○ Alahan kepada ubat bius • Kesan cabutan <ul style="list-style-type: none"> ○ Pendarahan berpanjangan (lebih 1 jam) ○ Bengkak dan sakit di kawasan cabutan

* Seksyen 65 Akta Pendidikan 1996 (Akta 550):

1) Menteri hendaklah, setakat yang munasabah dan praktik berbuat sedemikian, mengadakan pemeriksaan perubatan dan pergigian pada lat tempoh yang sesuai ke atas murid institusi pendidikan kerajaan atau bantuan kerajaan.

2) Seseorang pegawai yang diberikuasa bagi maksud itu oleh Menteri boleh menghendaki ibu bapa atau penjaga murid institusi pendidikan kerajaan atau bantuan kerajaan menyebabkan murid itu menjalani pemeriksaan perubatan atau pergigian.

**KEBENARAN UNTUK RAWATAN PERGIGIAN
PERKHIDMATAN PERGIGIAN SEKOLAH/PRA SEKOLAH/TODDLER
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

BAHAGIAN A - MAKLUMAT KESIHATAN MURID/PRA SEKOLAH/TODDLER

Anak saya, pernah / sedang menghidap penyakit/
keadaan/ komplikasi berikut :

(Sila bulatkan yang berkenaan)

Masalah berkaitan darah	: Ya / Tidak	Penyakit jantung	: Ya / Tidak
Kecacatan mental	: Ya / Tidak	Penyakit sawan	: Ya / Tidak
Alahan	: Ya / Tidak	Darah tinggi	: Ya / Tidak
Kencing manis	: Ya / Tidak	Masalah buah pinggang	: Ya / Tidak
Lelah/Asma	: Ya / Tidak		
Pendarahan berlanjutan selepas cabutan gigi	: Ya / Tidak		
Pengambilan ubat-ubatan	: Ya / Tidak		

Sila nyatakan :

Lain-lain :

BAHAGIAN B- KEBENARAN UNTUK RAWATAN PERKHIDMATAN PERGIGIAN SEKOLAH/PRA SEKOLAH/TODDLER

Saya , dengan ini
(Nama Ibu/bapa/penjaga)

memberi / tidak memberi* kebenaran supaya anak saya / anak di bawah jagaan saya*

.....No.Surat Beranak/No.MyKid/MyKad/Pasport.....
(Nama murid) *(Murid)*

menerima rawatan pergigian di bawah program Perkhidmatan Pergigian Sekolah dan Pra sekolah sepanjang tempoh persekolahan/Toddler di sepanjang tempoh rawatan.

Saya telah diberi penjelasan dan memahami penerangan berkaitan rawatan yang akan dijalankan.

Ibu/bapa/penjaga

Saksi

Tandatangan:

Tandatangan:

Nama:

Nama:

No. MyKad/Pasport*:

No. MyKad/Pasport*:

Tarikh:

Tarikh:

* Potong mana yang tidak berkenaan

**PENJELASAN RAWATAN PERGIGIAN YANG DIJALANKAN DI BAWAH
PERKHIDMATAN PERGIGIAN SEKOLAH/PRA SEKOLAH/TODDLER
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Kepada ibubapa/penjaga,

Sila simpan salinan ini sebagai rujukan.

Rawatan yang disediakan	Penerangan bagi rawatan	Akibat jika tidak dirawat	Risiko rawatan yang mungkin berlaku
Rawatan pencegahan klinikal • Sealan fisur • Sapuan Fluorida • Kumuran Berfluorida	Sealan fisur / Sapuan Fluorida disapu pada permukaan gigi untuk mencegah kerosakan gigi. Sapuan fluorida untuk toddler perlu diaplikasi sekurang-kurangnya 4 kali sapuan dalam tempoh 6 bulan sekali. Murid-murid akan berkumur dengan larutan fluorida selama satu (1) minit dan meludahkan kembali ke dalam cawan kertas. Aktiviti ini dijalankan setiap minggu persekolahan dan akan sentiasa diawasi.	• Gigi mudah rosak (berlubang/kaviti)	Pada amnya tiada risiko yang boleh memberi kesan kesihatan yang serius. Kemungkinan berlaku alahan kepada bahan tetapi ini jarang berlaku. Bagi sapuan fluorida mungkin terdapat perubahan warna sementara pada permukaan gigi dan juga ada sedikit rasa dari sapuan tersebut
Tampalan gigi	Menutup lubang /kaviti di gigi.	• Sakit gigi • Gusi bengkak dan bernanah • Gigi mungkin terpaksa dicabut	Pada amnya tiada risiko yang boleh memberi kesan kesihatan yang serius. Kemungkinan berlaku alahan kepada bahan tetapi ini jarang berlaku.
Penskaleran	Membersihkan gigi daripada plak dan karang gigi yang tidak dapat dikeluarkan dengan memberus gigi.	• Mulut berbau • Gusi merah dan bengkak • Gusi mudah berdarah dan bernanah • Gigi boleh menjadi longgar dan mungkin terpaksa dicabut	• Gigi mungkin menjadi sensitif kepada minuman dan makanan sejuk dan panas untuk tempoh masa yang singkat. • Sedikit pendarahan di sekitar gusi yang dirawat. • Ketidakelesaian sementara.
Cabutan gigi susu yang longgar	Gigi susu dicabut dengan bius setempat topikal dan menggunakan peralatan pergigian.	• Gigi boleh tertanggal / tertelan • Gigi tersedut ke saluran pernafasan • Tidak boleh makan dengan sempurna • Gusi bengkak dan bernanah	Pada amnya tiada risiko yang boleh memberi kesan kesihatan yang serius. Kemungkinan berlaku alahan kepada bahan tetapi ini jarang berlaku.
Cabutan gigi kekal/ gigi susu yang tidak longgar (Kebenaran tambahan diperlukan)	Gigi dicabut dengan bius setempat dan menggunakan peralatan pergigian.	• Sakit gigi • Gusi bengkak dan bernanah • Jangkitan merebak • Demam	• Kesan suntikan o Rasa kebas berpanjangan o Alahan kepada ubat bius • Kesan cabutan o Pendarahan berpanjangan (lebih 1 jam) o Bengkak dan sakit di kawasan cabutan

* Seksyen 65 Akta Pendidikan 1996 (Akta 550):

1) Menteri hendaklah, setakat yang munasabah dan praktik berbuat sedemikian, mengadakan pemeriksaan perubatan dan pergigian pada lat tempoh yang sesuai ke atas murid institusi pendidikan kerajaan atau bantuan kerajaan.

(2) Seseorang pegawai yang diberikuasa bagi maksud itu oleh Menteri boleh menghendaki ibu bapa atau penjaga murid institusi pendidikan kerajaan atau bantuan kerajaan menyebabkan murid itu menjalani pemeriksaan perubatan atau pergigian.

Untuk penerangan lanjut, sila hubungi Klinik Pergigian
di talian tel

Sekian, terima kasih.

KEBENARAN BAGI RAWATAN CABUTAN GIGI KEKAL / GIGI SUSU YANG TIDAK LONGGAR
PERKHIDMATAN PERGIGIAN SEKOLAH
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

Kepada Ibu/Bapa/Penjaga,

KEBENARAN BAGI RAWATAN CABUTAN GIGI KEKAL/ GIGI SUSU YANG TIDAK LONGGAR DI SEKOLAH

Dengan hormatnya, dimaklumkan bahawa pemeriksaan pergigian telah diberi kepada
(Nama Murid)
dari kelas..... di sekolah.....

2. Hasil pemeriksaan didapati sebanyak batang gigi perlu dicabut bagi mengelak komplikasi yang tidak diingini seperti demam, bengkak gusi, gusi bernanah dan jangkitan merebak ke gigi / bahagian muka yang lain. Gigi..... akan dicabut dalam tempoh lawatan pasukan pergigian ke sekolah. Bagi gigi yang tidak dapat dicabut di sekolah, tuan/puan dinasihatkan untuk membawa anak/anak jagaan tuan/puan ke klinik pergigian berdekatan.

3. Mohon lengkapkan borang kebenaran yang disertakan dan kembalikan kepada pihak sekolah sebelum atau pada

4. Sekiranya tuan/puan tidak memberi kebenaran untuk menjalankan rawatan cabutan gigi di sekolah, tuan/puan dinasihatkan untuk membawa anak/anak jagaan tuan/puan ke klinik pergigian berdekatan untuk mendapatkan rawatan tersebut.

Sekian terima kasih.

Yang benar,

.....
(Tandatangan Pegawai Pergigian / Juruterapi Pergigian)

Klinik Pergigian:

Pejabat Pergigian Daerah:

Cop Pegawai Pergigian / Juruterapi Pergigian

Untuk penerangan lanjut, sila hubungi klinik pergigian di atas di talian tel

SayaNo.MyKad/Pasport* Ibu/Bapa/Penjaga*,

memberi / tidak memberi* kebenaran supaya anak saya/anak di bawah jagaan* saya
(Nama murid)

No. MyKid/MyKad/Pasport* dari kelas diberi
(Murid)

rawatan cabutan gigi seperti yang dinyatakan di atas. Saya memahami penerangan berkaitan dengan rawatan yang akan dijalankan.

Yang benar,

.....
(Tandatangan Ibu/Bapa/Penjaga*)

Tarikh :

.....
(Tandatangan saksi)

Nama:

Tarikh:

* Potong mana yang tidak berkenaan

**KEBENARAN UNTUK RAWATAN PERGIGIAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Saya.....No.MyKad/Pasport*.....
(Seperti dalam kad pengenalan)

mengesahkan saya/anak saya/anak di bawah jagaan saya.....
(Nama anak/anak dibawah jagaan)

No.MyKid/MyKad/Pasport*..... telah menjalani pemeriksaan pergigian.
(Anak/anak dibawah jagaan)

Saya telah diberi penerangan berkaitan tujuan dan risiko rawatan pergigian serta memahami penerangan berkaitan dengan rawatan yang akan dijalankan.

Dengan ini, saya memberi kebenaran ke atas rawatan pergigian berikut:

Rawatan	Gigi
Tampalan	
Cabutan	
Sealan Fisur	
Penyapuan Fluorida :	
Penskaleran :	
Gigi Palsu :	
Jika Lain-lain, Sila Nyatakan:	

Saya tidak memberi kebenaran ke atas rawatan pergigian berikut:

<u>Sendiri/Ibubapa/Penjaga*</u>	<u>Saksi</u>
Tandatangan :	Tandatangan:
Nama :	Nama:
No. MyKad/Pasport*:	No. MyKad/Pasport*:
Tarikh:	Tarikh:

* Potong mana yang tidak berkenaan

**KEBENARAN UNTUK RAWATAN PERGIGIAN
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Saya No.MyKad/Pasport*
(Seperti dalam kad pengenalan)

mengesahkan saya/anak saya/anak di bawah jagaan saya*
(Nama anak/anak dibawah jagaan)

No.MyKid/MyKad/Pasport* telah menjalani pemeriksaan pergigian.
(Anak/anak dibawah jagaan)

Saya telah diberi penerangan berkaitan tujuan dan risiko rawatan pergigian serta memahami penerangan berkaitan dengan rawatan yang akan dijalankan.

Dengan ini, saya memberi kebenaran ke atas rawatan pergigian berikut:

<u>Sendiri/Ibubapa/Penjaga*</u>	<u>Saksi</u>
Tandatangan :	Tandatangan:
Nama :	Nama:
No. MyKad/Pasport*:	No. MyKad/Pasport*:
Tarikh:	Tarikh:

* Potong mana yang tidak berkenaan

PENERANGAN MENGENAI RAWATAN ORTODONTIK

Rawatan ortodontik adalah satu bidang rawatan pergigian yang kompleks melibatkan diagnosis, pencegahan, pemintasan dan pembetulan maloklusi, serta keabnormalan kerangka struktur orofasial. Kejayaan rawatan ortodontik bergantung kepada kerjasama antara pesakit dan Pakar Ortodontik. Secara amnya, pesakit yang komited dan memahami prosedur rawatan dengan baik akan memberi hasil rawatan yang positif. Berikut adalah maklumat-maklumat penting yang perlu difahami oleh pesakit berkenaan rawatan ortodontik.

1. JANGKAMASA RAWATAN

- Secara amnya tempoh rawatan ortodontik mengambil masa lebih kurang **3-4 tahun** (2-3 tahun rawatan aktif dan 1 tahun pemegangan). Walau bagaimanapun, jangkamasa rawatan ini akan berpanjangan sekiranya pesakit tidak menepati temujanji yang ditetapkan dan terdapat banyak kerosakan aplians.
- Pesakit dan ibubapa/ penjaga haruslah **faham dan jelas** dengan rawatan ortodontik yang disyorkan. Perubahan kepada rancangan rawatan mungkin diperlukan dalam jangkamasa rawatan ortodontik. Sekiranya ini diperlukan, perubahan berkenaan akan dijelaskan terlebih dahulu.

2. TEMUJANJI

- Temujanji biasanya akan diberi setiap **6-8 minggu** atau mengikut keperluan rawatan. Lawatan berkala penting untuk kejayaan rawatan.
- Ibubapa/penjaga perlu mengambil perhatian bahawa rawatan ortodontik akan mengambil masa yang panjang, maka **gangguan kepada pembelajaran di sekolah atau di institusi pengajian tinggi** tidak dapat dielakkan.
- Permintaan untuk temujanji semasa **musim cuti sekolah atau cuti semester** sahaja tidak akan dilayan kerana rawatan yang tidak berterusan akan mengalami masalah dan menjejaskan kejayaan rawatan.
- Jika pesakit **tidak dapat hadir** pada hari yang ditetapkan adalah menjadi tanggungjawab pesakit untuk menelefon dan mendapatkan temujanji baru secepat mungkin.

3. RISIKO RAWATAN

Dalam tempoh rawatan ortodontik, pesakit berisiko menghadapi masalah-masalah seperti berikut:

- Ketidakselesaan/ sakit (*Discomfort/ soreness*)** – pesakit akan mengalami gejala ini setiap kali rawatan aktif dijalankan. Pesakit boleh mengambil ubat tahan sakit yang dibenarkan sepanjang tempoh rawatan aktif bila perlu.
 - Masalah gusi (*Gum problem*)** – masalah gusi mungkin akan terjadi ataupun menjadi lebih teruk dalam tempoh rawatan disebabkan pelbagai faktor, selalunya disebabkan tahap kebersihan mulut yang tidak memuaskan. Oleh itu, pesakit mesti menjaga kesihatan dan kebersihan mulut sepanjang rawatan. Sekiranya masalah gusi sukar dikawal, rawatan ortodontik akan ditamatkan.
 - Resorpsi akar (*Root resorption*)** – risiko resorpsi akar gigi (akar gigi menjadi lebih pendek) mungkin berlaku semasa rawatan ortodontik. Kebanyakan kes gigi yang mengalami resorpsi masih lagi berfungsi seperti biasa. Sekiranya resorpsi makin ketara, rawatan mungkin dihentikan sementara. Dalam kes yang teruk, rawatan akan ditamatkan lebih awal.
 - Dekalsifikasi dan karies gigi (*Decalcification and Dental Caries*)** – Sekiranya terdapat banyak karies gigi atau dekalifikasi akibat kurang kebersihan mulut, rawatan ortodontik boleh ditamatkan lebih awal dari yang sepatutnya. Oleh itu, pesakit perlu menjaga kebersihan mulut dengan baik, dan digalakkan membuat lawatan ke klinik gigi untuk pemeriksaan kebersihan mulut sepanjang rawatan ortodontik dijalankan.
 - Relapse** – gigi akan kembali ke kedudukan asal (*relapse*) sekiranya pesakit tidak memakai alat pemegang gigi (*retainer*) seperti yang diarahkan. Adalah menjadi tanggungjawab pesakit untuk memakai alat pemegang gigi seperti yang diarahkan. Rawatan semula tidak akan dilakukan jika pesakit gagal memakai alat pemegang gigi seperti yang diarahkan.
- Pesakit dan ibubapa/penjaga hendaklah **faham dan jelas** tentang risiko yang akan dialami sepanjang tempoh rawatan ortodontik.

4. KOS RAWATAN

- Rawatan ini dikenakan bayaran sebanyak RM _____ untuk aplians boleh tanggal / aplians tetap dan alat pemegang.
- Bayaran tambahan akan dikenakan sekiranya terdapat keperluan penggunaan auxiliasi/ komponen tambahan semasa rawatan.
- Adalah tanggungjawab pesakit dan ibubapa/ penjaga untuk menjelaskan bayaran berkenaan. Kegagalan untuk berbuat demikian akan menyebabkan rawatan pesakit tertangguh sehingga semua bayaran dijelaskan.

5. REKOD PESAKIT

- Rekod-rekod pesakit termasuk model gigi, foto, x-ray, dan rekod yang lain mungkin akan digunakan untuk tujuan penyelidikan dan pengajaran-pembelajaran.