



**Informed Consent Agreement & Conditions for Rental Of Phototherapy Lights**

Name: \_\_\_\_\_ Home Phone: \_\_\_\_\_

Address: \_\_\_\_\_ Mobile Phone(1): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Mobile Phone(2): \_\_\_\_\_

1. I, the abovenamed, have agreed to have my newborn undergo home phototherapy after consulting my doctor and have agreed to take my child to visit him/her as instructed for followup.
2. I understand that home treatment is a reasonable alternative to hospital treatment with benefits as well as added responsibility for the parents. It is convenient, allows better family bonding and easier feeding schedules. It is also much cheaper than being admitted to a private hospital. However it requires that I undertake the responsibility of monitoring the baby and the treatment.
3. I am aware of the risks of the following possibilities:
  - a) Excessively high bilirubin levels
  - b) Bilirubin levels not responding adequately to phototherapy
  - c) Eye damage, if the eyes are not shielded from the light for an extended period
  - d) Baby temperature being too high or too low
  - e) Fluid and nutritional imbalance of baby
4. I agree to minimise these risks by:
  - a) Taking my newborn daily, or as instructed by the doctor, to see him /her for examination and bilirubin check
  - b) Shielding my baby's eyes from the phototherapy light at all times
  - c) Making sure that the room and therefore bassinet temperature is comfortable for my baby. Bassinet temperature is normally 1 to 2 deg C above room temperature.
  - d) Monitoring my baby's intake (feeding and water intake) and output (stool and urine)
  - e) Reading the literature given to me and taking appropriate action.
5. I have received and understood the following practical instruction from the Company's representative:
  - a) How to shield the baby's eyes using the two available methods
  - b) How to dress and place the baby during phototherapy
  - c) How to Prepare and Clean the cot and liner
  - d) How to switch the lights on and off

duration, the better. A minimum of 16 to 18 hours a day is the target. I have also been informed to feed the baby frequently. In case I need further guidance at any time during the rental period, I shall call the service line above.

7. I understand that the lighting unit is rented and that consumables are purchased. I agree to:

- a) Call the company immediately if the light malfunctions. I will not attempt to make any repair whatsoever or open any locked compartment.
- b) Be liable for the cost of any loss or damage
- c) Call the company on the third day before due time to terminate or extend my rental
- d) Pay promptly the rental charges and any other charge incurred

8. I agree to the charges as follows:

- a) A minimum of **RM485.00 for a 3-Day Package** consisting:
  - i) RM 130.00 Service Charge for delivery, set up, practical guidance and collection
  - ii) RM 330.00 Rental Charge at RM 110.00 per day
  - iii) RM 25.00 for one Consumables Pack

Any additional day shall be charged at a discounted rate of RM60.00 per day

- b) An **additional surcharge** of RM \_\_\_\_\_
- c) **Deposit payment of RM300.00** (non-refundable) upon setting up of the equipment in my home

\_\_\_\_\_  
Signature of Parent /Guardian Date

**Doctor** \_\_\_\_\_ **Institution:** \_\_\_\_\_

**TSB (Date):** \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_/\_\_\_\_) **Phototx Done? Y / N**

**Age: D** \_\_\_\_\_ **FT / Prem:** \_\_\_\_\_ wks. **Birth Wt** \_\_\_\_\_ kg

**M / F Para:** \_\_\_\_\_ **Delivery:** Nml Forc Suct Csm

**G6PD**def **ABO**incomp Others: \_\_\_\_\_

**Feeding:** Breast Bot Mixed

HPS Technician: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_

Dep. Paid RM \_\_\_\_\_ (Chq / Cash)

I have also been told not to move the light with the baby inside or nearby.

6. I have been informed that the effectiveness of this treatment depends on the area of the skin exposed and the duration of the exposure – the more the exposed skin and the longer the



Home Phototherapy Services Sdn Bhd (501390-M), D513 Kelana Square, Jln SS 7/26, 47301 P Jaya  
Phone: 03 – 7880 1440 24hr Service Line: 012 – 395 1311 www . blueelite . com . my

**PROVEN: Effective, Safe & Economical Since 2001** With Over 4000 Users

## Persetujuan Bermaklum & Syarat-Syarat Penyewaan Lampu Fototerapi

Nama: \_\_\_\_\_ Telefon Rumah: \_\_\_\_\_

Alamat : \_\_\_\_\_ Telefon Bimbit (1): \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ Telefon Bimbit (2): \_\_\_\_\_

1. Saya, bernama seperti di atas, dengan ini bersetuju supaya anak/jagaan saya menjalani rawatan fototerapi di rumah setelah berunding dengan doktor. Saya bersetuju untuk membawa bayi untuk diperiksa oleh doktor sekurang-kurangnya sekali pada setiap hari rawatan ini berjalan atau pun mengikut arahan doktor.
  2. Saya faham bahawa rawatan di rumah adalah pilihan yang munasabah berbanding rawatan di hospital. Ia nya lebih selesa bagi kami sekeluarga, memudahkan penyusuan ibu dan jauh lebih menjimatkan berbanding rawatan hospital swasta. Disebaliknya ia memberi saya tanggung jawab yang lebih untuk menjalankan rawatan dan memantau keadaan bayi.
  3. Saya sedar risiko berlakunya perkara-perkara berikut:
    - a) Tahap bilirubin yang terlalu tinggi
    - b) Tahap bilirubin yang tidak dapat dikawal secukupnya dengan fototerapi
    - c) Kerosakan pada mata bayi sekiranya tidak dilindungi daripada cahaya terang secara berterusan
    - d) Suhu badan bayi mungkin terlalu rendah atau tinggi
    - e) Ketidakeimbangan cecair dan khasiat pada bayi
  4. Saya bersetuju mengurangkan risiko-risiko ini dengan:
    - a) Membawa bayi saya untuk diperiksa oleh doktor dan ujian bilirubin setiap hari atau mengikut arahan doktor
    - b) Menutup mata bayi saya daripada cahaya lampu pada setiap masa
    - c) Memastikan suhu bilik dan tempat tidur bayi adalah sesuai. Suhu tempat tidur bayi lazimnya adalah 1 hingga 2 darjah Celcius lebih tinggi daripada suhu bilik
    - d) Memantau kadar dan kekerapan bayi mengambil cecair dan dan membuang air
    - e) Membaca bahan bacaan yang disertakan dan bertindak mengikut saranan
  5. Saya telah menerima dan faham arahan praktikal yang ditunjukkan oleh wakil Syarikat berkenaan:
    - a) Cara melindungi mata bayi daripada cahaya menggunakan kedua-dua kaedah
    - b) Pakaian bayi dan cara meletakkan bayi untuk fototerapi
    - c) Cara menyediakan tempat tidur bayi dan membersihkannya
    - d) Cara memasang dan menutup lampuSaya juga telah diarahkan supaya tidak mengalihkan kedudukan lampu semasa bayi ada di dalam atau berdekatan.
  6. Saya telah dimaklumkan bahawa keberkesanan rawatan ini bergantung kepada keluasan permukaan kulit bayi yang dikenakan cahaya. Lebih luas permukaan kulit, lebih lama dikenakan, lebih baik. Sasaran minima adalah 16 ke 18 jam sehari. Saya juga telah dimaklumkan supaya menyusukan bayi dengan kerap.  
Saya akan menelefon talian perkhidmatan diatas sekiranya saya perlukan bimbingan lanjutan semasa tempoh sewa.
  7. Saya faham bahawa lampu fototerapi ini adalah disewa dan barang-barang guna habis adalah dibeli. Saya bersetuju untuk:
    - a) Menelefon Syarikat sekiranya lampu ini rosak. Saya tidak akan memperbaiki sendiri atau membuka bahagian yang terkunci
    - b) Bertanggung jawab membayar apa-apa kerosakan atau kehilangan
    - c) Menelefon Syarikat pada hari yang ketiga sebelum tempoh sewa tamat untuk menamatkan atau melanjutkan tempoh sewa
  8. Membayar dengan segera sewa dan caj-caj yang dikenakan. Saya dengan ini bersetuju untuk membuat bayaran berikut:
    - a) **Caj minima RM 485.00 untuk pakej 3 hari** yang termasuk:
      - i) RM130.00 untuk kos penghantaran, pemasangan, panduan praktikal dan pengambilan semula.
      - ii) RM 330.00 untuk sewa 3 hari dengan kadar RM 110.00 sehari
      - iii) RM 25.00 untuk barang-barang guna habisSewa untuk hari-hari berikutnya sekiranya perlu adalah dengan kadar RM60.00 sehari.
    - b) **Caj tambahan** sebanyak RM \_\_\_\_\_
    - c) **RM 300.00 dibayar sebagai deposit** (tidak dikembalikan) apabila alat ini selesai dipasang di rumah saya.
- \_\_\_\_\_  
Tandatangan Ibubapa / Penjaga
- \_\_\_\_\_  
Tarikh
- Doctor** \_\_\_\_\_ **Institution:** \_\_\_\_\_
- TSB (Date):** \_\_\_\_\_ (\_\_\_\_/\_\_\_\_) **Phototx Done? Y / N**
- Age: D** \_\_\_\_\_ **FT / Prem:** \_\_\_\_\_ wks. **Birth Wt** \_\_\_\_\_ kg
- M / F Para:** \_\_\_\_\_ **Delivery:** Nml Forc Suct Csm
- G6PD**<sup>def</sup> **ABO**<sup>incomp</sup> **Others:** \_\_\_\_\_
- Feeding:** Breast Bot Mixed
- HPS Technician: \_\_\_\_\_ Time: \_\_\_\_\_
- Dep. Paid RM \_\_\_\_\_ (Chq / Cash)