

No:



Home Phototherapy Services Sdn Bhd (501390-M),

Penang Office A-16-12 Kompleks BM City, Jln Perda Selatan, Bdr Perda, 14000 Bkt Mertajam, Penang

Phone: 012- 2711 894 www.bluelite.com.my

Bluelite Malaysia bluelite_my

ISO 13485 Certified Fabricator & Rental Service Provider

PROVEN: Effective, Safe & Economical Since 2001 With Over 8000 Users Medical Device Authority License No :KP55476157816

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. Dibalikannya 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) Mempastikan 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 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 .
b) Pakaian bayi dan cara meletakkan bayi untuk fototerapi
c) Cara menyediakan tempat tidur bayi dan membersihkannya
d) Cara memasang dan menutup lampu

Saya juga telah diarahkan supaya tidak mengalihkan kedudukan lampu semasa bayi ada di dalam alat 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 pendedahan cahaya adalah 12 ke 18 jam sehari. Saya juga telah dimaklumkan supaya menyusukan bayi dengan kerap.

Saya akan menelefon talian perkhidmatan di atas 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 keempat sebelum tempoh sewa tamat untuk menamatkan atau melanjutkan tempoh sewa
d) Membayar dengan segera sewa dan caj-caj yang dikenakan.

8. Saya dengan ini bersetuju untuk membuat bayaran berikut:
a) Caj minima RM 485.00 untuk pakej 72 Jam yang termasuk:
i) RM130.00 untuk kos penghantaran, pemasangan, panduan praktikal dan pengambilan semula.
ii) RM 330.00 untuk sewa 3 malam dengan kadar RM 110.00 semalam
iii) RM 25.00 untuk satu penutup mata
Sewa untuk hari-hari berikutnya sekiranya perlu adalah dengan kadar RM70.00 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 Csrn

G6PDdef ABOincomp Others: _____

Feeding: Breast Bot Mixed

HPS Technician: _____ Time: _____

Dep. Paid RM _____ (Chq / Cash) UNIT No: _____