



LUNG FOUNDATION OF MALAYSIA

PENERIMAAN SUMBANGAN PERALATAN PERUBATAN DARIPADA LUNG FOUNDATION OF MALAYSIA

KAMI / SAYA, _____, selaku Pesakit / Bapa / Ibu / Penjaga kepada pesakit (potong yang tidak berkenaan), dengan ini bersetuju menerima sumbangan satu unit peralatan perubatan daripada Lung Foundation of Malaysia dan bersetuju untuk mematuhi segala terma dan syarat yang dilampirkan.

Nama Pesakit : _____ **No. K/P.:** _____

Alamat : _____

No. Telefon : _____

Tandatangan : _____ **Tarikh:** _____

Nama Bapa / Ibu / Penjaga : _____
(Bagi pesakit pediatrik di bawah umur persetujuan)

No. K/P : _____ **No. Telefon:** _____

Tandatangan : _____ **Tarikh:** _____

Maklumat Untuk Dihubungi Semasa Kecemasan:

Nama : _____

No. Telefon : _____

Saksi:
(Doktor yang Merawat)

Nama : _____ **No. K/P:** _____

Tandatangan : _____ **Tarikh:** _____

Diluluskan oleh:

Nama : _____ **No. K/P:** _____

Tandatangan : _____ **Tarikh:** _____

Jenis Peralatan Perubatan::

- ☐ CPAP
☐ BPAP
☐ Oxygen Concentrator
☐ Portable Oxygen Concentrator
☐ Non- Invasive Ventilator
☐ Lain-lain; Sila nyatakan: _____

Pengilang : _____

Model : _____

No. Siri : _____

Tarikh Dipinjam : _____

Tarikh Dipulangkan: _____

Diterima oleh (Doktor yang Merawat):

Nama : _____

Jawatan : _____

Institusi : _____

Tarikh Diterima: _____

Tandatangan : _____

Cop Rasmi:

Terma dan Syarat Sumbangan CPAP / BPAP / Oxygen Concentrator / Portable Oxygen Concentrator / Suction Machine / Ventilator / Sebarang Peralatan Perubatan Lain yang Disediakan oleh Lung Foundation of Malaysia

1. Peralatan ini disumbangkan oleh Lung Foundation of Malaysia ("LFM") kepada pesakit / ibu bapa / penjaga bagi tujuan menyokong keperluan perubatan pesakit.
2. Setelah menerima peralatan tersebut, penerima mengakui bahawa peralatan telah diterima dalam keadaan baik dan berfungsi dengan sempurna, serta mengesahkan bahawa peralatan tersebut bukan lagi hak milik LFM.
3. Pesakit / ibu bapa / penjaga hendaklah bertanggungjawab sepenuhnya terhadap penggunaan, penyimpanan, penyelenggaraan dan penjagaan peralatan yang disumbangkan mulai dari tarikh penerimaan. Penerima hendaklah memastikan bahawa peralatan tersebut digunakan dengan sewajarnya mengikut arahan pengilang serta nasihat doktor.
4. Pesakit / ibu bapa / penjaga hendaklah bertanggungjawab sepenuhnya terhadap sebarang kos yang timbul bagi pembaikan, penggantian alat ganti, penyelenggaraan, servis atau sebarang kerosakan pada peralatan selepas peralatan tersebut disumbangkan.
5. Oxygen concentrator / CPAP / BPAP hendaklah diservis sekali setiap dua belas (12) bulan oleh syarikat servis yang diberi kuasa. Kos servis hendaklah ditanggung oleh penerima. Penerima bertanggungjawab untuk mengatur urusan servis peralatan secara terus dengan syarikat servis, termasuk mengingatkan syarikat apabila tempoh servis telah tiba. Wakil syarikat servis boleh menjalankan kerja-kerja servis di kediaman penerima, atau penerima boleh menghantar peralatan tersebut ke syarikat servis, tertakluk kepada persetujuan antara penerima dan syarikat servis.
6. **Ganti Rugi dan Pengakuan Tanggungjawab**
Pesakit / ibu bapa / penjaga mengakui dan bersetuju bahawa setelah menerima peralatan yang disumbangkan, LFM tidak lagi bertanggungjawab terhadap sebarang kehilangan, kerosakan, kegagalan fungsi, penyalahgunaan, kemalangan, kecederaan atau kos yang timbul daripada pemilikan, penggunaan, penyelenggaraan atau keadaan peralatan tersebut. Penerima bersetuju untuk menanggung rugi sepenuhnya serta membebaskan LFM daripada sebarang tuntutan, liabiliti, ganti rugi, kerugian atau perbelanjaan yang timbul daripada atau berkaitan dengan peralatan yang disumbangkan selepas tarikh penerimaan.
7. Sekiranya pesakit tidak lagi memerlukan penggunaan peralatan yang disumbangkan, pesakit / ibu bapa / penjaga boleh memulangkan peralatan tersebut kepada LFM untuk dipertimbangkan bagi kegunaan pesakit lain.
8. LFM berhak untuk meminta supaya peralatan yang disumbangkan dipulangkan sekiranya terdapat bukti penyalahgunaan, pengabaian, atau peralatan tersebut tidak lagi diperlukan oleh pesakit. Sebarang pemulangan peralatan hendaklah tertakluk kepada perbincangan dan persetujuan antara LFM dengan penerima.
9. Pesakit / penjaga / wakil bersetuju untuk berhubung dengan LFM dari semasa ke semasa bagi membolehkan pemantauan terhadap keadaan dan penggunaan peralatan tersebut.

Nama Pesakit / Bapa / Ibu / Penjaga : _____

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

No. Telefon : _____

Nama Penjamin : _____

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

No. Telefon : _____

Nama Saksi : _____

Tandatangan : _____

Tarikh : _____

Cop Rasmi :

NO	PENGAKUAN DAN AKU JANJI BERKAITAN PENGGUNAAN, PENJAGAAN DAN PENYELENGGARAAN PERALATAN PERUBATAN YANG SEWAJARNYA	YA / TIDAK	
1.	Saya, sebagai pesakit / ibu bapa / ibu / bapa / penjaga, mengakui bahawa saya telah diberikan penerangan dan tunjuk ajar mengenai penggunaan dan penjagaan peralatan yang betul sebelum membawa pulang peralatan tersebut.	☐	☐
2.	Saya, sebagai pesakit / ibu bapa / ibu / bapa / penjaga, telah menandatangani perjanjian ini setelah memahami penerangan yang diberikan berkaitan penggunaan dan penjagaan peralatan yang betul.	☐	☐
3.	Saya, sebagai pesakit / ibu bapa / penjaga, mengakui bahawa saya bertanggungjawab untuk menjaga peralatan dengan baik serta memastikan penukaran penapis (filter) dilakukan secara berkala seperti yang ditetapkan.	☐	☐
4.	Saya, sebagai pesakit / ibu bapa / penjaga, mengakui bahawa sekiranya peralatan tidak dapat berfungsi akibat kecuaiannya saya atau kegagalan saya mematuhi arahan penjagaan dan penyelenggaraan yang betul, saya bertanggungjawab untuk menghantar peralatan tersebut untuk dibaiki. Saya memahami bahawa pihak LFM berhak untuk mengambil semula peralatan tersebut dan mungkin tidak menyediakan peralatan gantian dalam keadaan sedemikian.	☐	☐
5.	Saya, sebagai pesakit / ibu bapa / penjaga, mengakui bahawa langkah-langkah dan arahan penjagaan peralatan yang betul telah diterangkan kepada saya. Saya akan: * Membasuh tangan sebelum mengendalikan peralatan. * Memastikan peralatan diletakkan: a) Jauh daripada sebarang bahan mudah terbakar seperti lingkaran ubat nyamuk dan rokok b) Jauh dari dapur i) Saya tidak akan membawa peralatan masuk ke dalam dapur ii) Saya tidak akan membawa tong oksigen masuk ke dalam dapur iii) Saya tidak akan mengalihkan peralatan ke lokasi lain atau ke luar rumah pesakit tanpa mendapat kelulusan terlebih dahulu c) Memastikan peralatan daripada dinding sekurang-kurangnya 1 kaki (30 cm). i) Menggunakan satu (1) soket elektrik sahaja ii) Tidak dibenarkan mengubah lokasi yang telah ditetapkan untuk meletakkan peralatan. Saya akan mengendalikan peralatan dengan cermat dan tidak bermain dengan peralatan atau menekan butang ON/OFF secara kerap tanpa keperluan d) [Untuk peralatan oxygen concentrator sahaja] Saya mengakui bahawa saya bertanggungjawab terhadap penjagaan harian mesin tersebut, termasuk: i) Membersihkan bahagian luar peralatan menggunakan air bersih sahaja dan mengelapnya sehingga kering ii) Membersihkan tiub dan penapis span menggunakan air bersih serta membiarkannya kering, atau membersihkan penapis span menggunakan vakum seperti yang telah diarahkan iii) Membersihkan botol pelembap (humidifier bottle) dan menukar air setiap hari menggunakan air yang telah dididihkan dan disejukkan sehingga mencapai suhu bilik iv) Memastikan air diisi ke dalam botol pelembap sehingga paras air menutupi tiub e) [Untuk peralatan oxygen concentrator sahaja] Saya mengakui bahawa saya bertanggungjawab terhadap penjagaan mingguan mesin tersebut, termasuk: Saya akan memeriksa penapis secara berkala dan menggantikannya sekiranya terdapat perubahan warna atau jika penapis menjadi kotor	☐	☐

	f) [Untuk peralatan oxygen concentrator sahaja] Penjagaan Setiap Tiga (3) Bulan: i) Saya mengakui bahawa penapis perlu ditukar setiap tiga (3) bulan. ii) Saya memahami bahawa kos penggantian penapis hendaklah ditanggung oleh saya sebagai pesakit / penjaga iii) Saya memahami bahawa penapis mungkin perlu ditukar lebih awal sekiranya ia menjadi kotor g) Penjagaan Setiap Dua belas (12) Bulan Saya mengakui bahawa peralatan perlu diservis setiap dua belas (12) bulan oleh penyedia perkhidmatan yang diberi kuasa.						
6.	Saya, sebagai pesakit / ibu bapa / penjaga, mengakui bahawa saya telah diberikan penerangan mengenai cara untuk memeriksa sama ada peralatan berfungsi dengan baik. a) Saya memahami bahawa sekiranya lampu hijau menyala -- peralatan berfungsi dengan baik. b) Saya memahami bahawa sekiranya terdapat bunyi penggera bersama lampu merah menyala -- peralatan tidak berfungsi. c) Sekiranya peralatan tidak berfungsi, saya akan memeriksa empat (4) perkara berikut (jika berkaitan): 1) Palam elektrik 2) Tiub 3) Pengawal tekanan oksigen (oxygen regulator) 4) Sambungan wayar						
7.	Saya, sebagai pesakit / ibu bapa / penjaga, mengakui bahawa sekiranya peralatan tidak berfungsi atau mengalami kerosakan selepas pemeriksaan yang disyorkan dilakukan, saya akan menghubungi pihak berkaitan atau penyedia perkhidmatan seperti yang dinyatakan di bawah untuk mendapatkan bantuan lanjut: 03 _____ (Nama syarikat: _____) Atau gambar / salinan kad perniagaan syarikat						
8.	Saya, sebagai pesakit / ibu bapa / penjaga, mengakui bahawa saya telah menerima dan menyimpan satu (1) salinan perjanjian yang telah ditandatangani, manakala pihak LFM akan menyimpan satu (1) lagi salinan untuk tujuan rekod. <table style="width: 100%; margin-top: 20px;"> <tr> <td style="width: 50%;">Nama : _____</td> <td style="width: 50%;">Nama saksi : _____</td> </tr> <tr> <td>Tandatangan: _____</td> <td>Tandatangan : _____</td> </tr> <tr> <td>Tarikh : _____</td> <td>Tarikh : _____</td> </tr> </table>	Nama : _____	Nama saksi : _____	Tandatangan: _____	Tandatangan : _____	Tarikh : _____	Tarikh : _____
Nama : _____	Nama saksi : _____						
Tandatangan: _____	Tandatangan : _____						
Tarikh : _____	Tarikh : _____						

SENARAI SEMAK LUNG FOUNDATION OF MALAYSIA
BAGI OXYGEN CONCENTRATOR
SEBELUM SUMBANGAN KEPADA PESAKIT
(Untuk dilengkapkan oleh doktor yang membuat rujukan)

	YA	TIDAK
1) MESIN		
a) Penapis Span Bersih	☐	☐
b) Penapis Bakteria Tukar	☐	☐
c) Air pelembap (humidifier) & tiub Bersih / Tukar	☐	☐
d) Paras oksigen peralatan 94% - 95% / liter oksigen	☐	☐
2) PENERANGAN		
a) Pembersihan --Mesin	☐	☐
--Penapis Span	☐	☐
--Air pelembap (humidifier) & tiub	☐	☐
b) Bahaya Kebakaran		
i) Dilarang merokok	☐	☐
ii) Dilarang menggunakan lingkaran ubat nyamuk	☐	☐
iii) Dilarang memasak berhampiran peralatan	☐	☐
iv) Dilarang membakar sampah	☐	☐
v) Palam elektrik – satu kepala sahaja	☐	☐
vi) Isyarat – untuk menunjukkan peralatan tidak berfungsi:	☐	☐
a) Lampu merah / oren		
b) Bunyi penggera		
vii) Letakkan peralatan di satu tempat yang ditetapkan dan jangan pindahkan peralatan keluar dari bilik.	☐	☐
3) LAWATAN KE RUMAH		
a) Alamat / Nombor Telefon direkodkan	☐	☐
b) Jenis rumah		
- Batu-bata	☐	☐
- Kayu / Simen	☐	☐
- Satu tingkat / Dua tingkat	☐	☐
- Rumah Kampung	☐	☐
- Rumah berkembar (Semi-D)	☐	☐
- Banglo	☐	☐
c) Bilik		
- Besar	☐	☐
- Memuaskan	☐	☐
- Kecil	☐	☐
- Bilangan bilik	☐	☐
d) Persekitaran		
- Berhampiran jalan raya	☐	☐
- Jauh dari jalan raya	☐	☐
- Jauh dari bandar	☐	☐
- Kawasan berbahaya	☐	☐
- Pembakaran sampah (≥ 20 kaki / 6 meter)	☐	☐
e) Dapur		
- Jauh	☐	☐
- Berdekatan	☐	☐
f) Keluarga		
- Keluarga asas (ibu bapa dan anak)	☐	☐
- Keluarga besar	☐	☐
g) Nasihat Kepada		
- Ahli keluarga	☐	☐
- Ibu bapa	☐	☐
h) Rekod dan Laporan	☐	☐
4) PERJANJIAN		
- Ditandatangani oleh ibu bapa / penjaga	☐	☐
- Aspek undang-undang difahami oleh penerima peralatan	☐	☐