

B PENGAKUAN PESAKIT

JPA.BP.UBAT.B01b

Saya mengesahkan bahawa rawatan hemodialisis dan bekalan erythropoetin seperti dinyatakan di atas diberi kepada saya.

UNTUK KEGUNAAN PEJABAT

(Tandatangan)

Tarikh :

C PENGESAHAN PUSAT RAWATAN

Adalah disahkan bahawa pesakit yang dinamakan di atas telah diberi rawatan hemodialisis dan bekalan erythropoetin seperti dinyatakan di atas.

(Tandatangan)

Nama :

Cop Rasmi :

Tarikh :

Disemak Oleh:

Nama :

Jawatan :

Unit :

Tarikh :

Disahkan Oleh:

Nama :

Jawatan :

Unit :

Tarikh :