



POLISI DAN PROSEDUR OPERASI PIAWAI PROGRAM RAWATAN **METHADONE**



Bahagian Kawalan Penyakit
Kementerian Kesihatan Malaysia
Putrajaya
Edisi Kedua
MEI 2016

POLISI DAN PROSEDUR OPERASI PIAWAI PROGRAM RAWATAN METHADONE

Hak cipta terpelihara. Tidak dibenarkan memetik atau mencetak kembali mana- mana bahagian dalam buku ini dalam apa juga pun dengan cara apa pun, baik secara elektronik, fotologi, mekanik, rakaman atau lain – lain sebelum mendapat izin bertulis daripada

Bahagian Kawalan Penyakit, Kementerian Kesihatan Malaysia

Diterbitkan oleh :

Sektor HIV/STI
Bahagian Kawalan Penyakit,
Kementerian Kesihatan Malaysia

Cetakan Pertama : 2016

Rekabentuk Kulit :

Sektor HIV/STI
Bahagian Kawalan Penyakit,
Kementerian Kesihatan Malaysia

Susun Atur Huruf dan Pengeditan Oleh :

Dr. Fazidah binti Yuswan, Bahagian Kawalan Penyakit
En Mohammad Nadzri Md Dazali, Bahagian Perkhidmatan Farmasi



KATA ALUAN

Terlebih dahulu saya ingin merakamkan ucapan tahniah dan syabas kepada Bahagian Kawalan Penyakit Kementerian Kesihatan Malaysia atas usaha gigih menerbitkan buku Polisi Dan Prosedur Operasi Piawai Program Rawatan Methadone.

Sebagaimana umum sedia maklum, Kerajaan telah melaksanakan Program Rawatan Methadone sebagai salah satu komponen Program Pengurangan Mudarat pada Oktober 2005 bagi menangani isu jangkitan HIV dan penyakit bawaan darah yang lain serta menangani isu penagihan opiat di Negara ini. Pelaksanaan program ini terbukti berjaya menurunkan jangkitan HIV di Malaysia seperti mana yang diamati di negara lain seperti Australia, United Kingdom, Hong Kong yang lebih awal melaksanakan program ini. Program ini juga ternyata menunjukkan keberkesanan dari segi kos di mana dapat memberikan penjimatan dan pulangan kos.

Kejayaan program ini perlu diperluas dan diperkuatkan selaras dengan dalam komitmen negara ke arah mengakhiri AIDS pada tahun 2030 (*Ending AIDS 2030*). Penerbitan buku polisi dan prosedur operasi piawai Program Rawatan Methadone ini akan menjadi panduan kepada semua penyediaan perkhidmatan rawatan methadone samada di sektor Kerajaan mahupun swasta dalam memantapkan program tersebut.

Akhir kata yang ingin mengucapkan ribuan terima kasih atas komitmen semua pihak samada Kerajaan, bukan Kerajaan dan sektor swasta yang terlibat secara aktif dalam Program Rawatan Methadone dan diharap komitmen serta kerjasama ini dapat terus diperhebatkan di masa akan datang. Saya yakin dan percaya, dengan komitmen dan kerjasama padu ini, program ini akan terus mencapai matlamat yang telah kita sasarkan demi kesejahteraan semua.


DATUK DR NOOR HISHAM BIN ABDULLAH
Ketua Pengarah Kesihatan Malaysia



SEKAPUR SIRIH

Syukur ke hadrat illahi kerana kudrat serta inayah dariNYA, edisi kedua buku Polisi Dan Prosedur Operasi Piawai Program Rawatan Methadone telah dapat diterbit. Syabas dan tahniah saya ucapkan kepada Bahagian Kawalan Penyakit yang telah berjaya menerbitkan buku ini. Polisi dan prosedur operasi piawai yang digariskan dalam buku ini akan menjadi panduan kepada semua penyediaan perkhidmatan rawatan methadone samada di fasiliti Kerajaan mahu pun swasta bagi memastikan rawatan terbaik dapat diberikan kepada mereka yang memerlukan.

Program Rawatan Methadone telah dilaksanakan dengan matlamat untuk mengekang jangkitan HIV dan penyakit bawaan darah yang lain terutamanya di kalangan pengguna dadah suntikan; di masa sama mengurangkan penyalahgunaan dadah opiat dan komplikasi sampingan yang berkaitan serta meningkatkan kesihatan mental dan fizikal serta sosioekonomi pesakit.

Sejumlah 85,626 pesakit telah berdaftar di dalam program ini sejak ia mula dilaksanakan sedekad lalu (sehingga akhir Disember 2015). Bilangan kes HIV melalui penagihan dadah suntikan telah menunjukkan penurunan dari 4,478 kes (69.7%) pada 2004 sebelum pelaksanaan program ini kepada 561 kes dengan kadar 16.8%. Kajian *Integrated Bio Behavioural Survey* yang dijalankan juga telah menunjukkan penurunan prevalen HIV di kalangan pengguna dadah suntikan dari 22.1% pada 2009 kepada 18.9% pada 2012 dan 16.3% pada 2014.

Saya percaya dan yakin, pelaksanaan program ini akan dapat terus dimantapkan dengan penerbitan buku ini. Akhir kata, saya ingin merakamkan ucapan penghargaan dan terima kasih kepada semua pihak samada di Kementerian Kesihatan Malaysia, agensi Kerajaan yang lain, pengamal swasta, Majlis AIDS Malaysia (MAM) dan agensi bukan Kerajaan yang lain yang terlibat secara langsung dan tidak langsung dalam menyumbangkan buah fikiran dan mengembeling tenaga dalam merealisasikan buku Polisi Dan Prosedur Operasi Piawai Program Rawatan Methadone.

DATUK DR. LOKMAN HAKIM BIN SULAIMAN

Timbalan Ketua Pengarah Kesihatan (Kesihatan Awam)

Selaku Pengerusi Jawatankuasa *National Task Force on Harm Reduction*

Kementerian Kesihatan Malaysia

PENGHARGAAN

Rakaman ribuan terima kasih dan penghargaan kepada semua yang terlibat dalam menghasilkan buku ini.

SIDANG PENGARANG

Dr. Fazidah binti Yuswan,
Pakar Perubatan Kesihatan Awam, Bhg
Kawalan Penyakit, Kem.Kesihatan Malaysia

Dr Rushidi bin Ramly,
Pakar Perunding Perubatan Kesihatan Awam, Bhg
Kawalan Penyakit, Kem.Kesihatan Malaysia

Dr Shaari bin Ngadiman, Pakar Perunding Perubatan Kesihatan Awam,
Bahagian Kawalan Penyakit,Kementerian Kesihatan Malaysia

AHLI

- Dr. Anita binti Sulaimen, Pakar Perubatan Kesihatan Awam, Bahagian Kawalan Penyakit, KKM
- Dr. Fatanah Ismail, Pakar Perubatan Kesihatan Awam, Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga, KKM
- Dr Mohd Nasir Abd Aziz, Pakar Perubatan Kesihatan Awam, Bahagian Kawalan Penyakit, KKM
- Dr Muzakiah Abdul Shukur, Ketua Penolong Pengarah Kanan, Cawangan Kawalan Amalan Perubatan Swasta, KKM
- Dr Nur Ita Jusnita binti Rusli, Ketua Penolong Pengarah Kanan, Cawangan Kawalan Amalan Perubatan Swasta, KKM
- Dr Siti Fatimah bin Mat Hussin, Ketua Penolong Pengarah, Cawangan Kesihatan Primer, KKM
- Dr Hazura Binti Mat Zubir, Ketua Penolong Pengarah Kanan (AIDS/STI), JKN Kelantan
- Dr Mashitah Mohamed, Ketua Penolong Pengarah Kanan (AIDS/STI), JKN Selangor
- Dr Norsiah Ali, Pakar Kesihatan Keluarga, Klinik Kesihatan Masjid Tanah merangkap Exco *Addiction Medicine Association Malaysia*
- Dr Maimunah Mahmud, Pakar Perubatan Keluarga, Klinik Kesihatan Sg. Buloh, Selangor
- Dr Norliza Che Mi, Pakar Perunding Psikiatri, Hospital Kuala Lumpur
- Dato' Dr Ahmad Rasidi M. Saring, Ketua Jabatan Psikiatri, Hospital Alor Setar, Kedah
- Dr Zulkifli bin Ghaus, Ketua Jabatan Psikiatri, Hospital Sungai Buloh, Selangor
- Dr Ruzita binti Jamaluddin, Ketua Jabatan Psikiatri, Hospital Tuanku Fauziah, Kangar, Perlis
- Dr Parameswaran a/l Ramasamy, Pakar Perunding Psikiatri, Hospital Kuala Pilah, Negeri Sembilan
- Dr Nor Hayati bt Ariff, Pakar Perunding Kanan, Hospital Pulau Pinang
- Dr Norni Abdullah, Pakar Perunding Psikiatri, Hospital Tengku Ampuan Rahimah, Selangor
- Dr Hj Mohd Ariff Bin Mohd Noor, Pakar Perunding Psikiatri, Hospital Raja Perempuan Zainab II, Kota Bahru, Kelantan
- Dr Khairuddin A. Wahab, Pakar Perunding Psikiatri, Hospital Melaka
- Siti Mariaton Abd Moksin, Ketua Penolong Pengarah Kanan, Bahagian Penguinusaha Farmasi, KKM
- En Mohammad Nadzri Md Dazali, Ketua Penolong Pengarah Kanan Bahagian Amalan dan Perkhidmatan Farmasi, KKM
- Puan Eezmalina Sazza Bt Shaharuzzaman, Ketua Penolong Pengarah Kanan, Bahagian Amalan & Perkembangan Farmasi, KKM
- Cik Khadijah Minhat, Pegawai Psikologi, Sektor HIV/STI, Bahagian Kawalan Penyakit
- Dr Rusdi Rashid, Pakar Perunding Psikiatri, Pusat Perubatan Universiti Malaya
- Dr Mahmud Mazlan, Pakar Perunding Psikitari, Klinik Mahmud, Kuala Lumpur
- Dr Mohd Khafidz Ishak, Pengamal Perubatan Swasta, Klinik Khafiz, Kajang
- Dr Ilias Yee, Pengarah Eksekutif, Majlis AIDS Malaysia
- En Parimelazhagan Ellan, Majlis AIDS Malaysia
- En Ahmad Kamar Pilos Abd Jalil, WARDU/IKHLAS (NGO)
- En Zulkiflee Zamri, IKHLAS (NGO)
- En Mohd Rashid Hashim, IKHLAS (NGO)

SENARAI TERMINOLOGI

| Bil | Terminologi | Definisi |
|-----|------------------------------------|---|
| 1. | <i>Dos Methadone Pre-prepared</i> | Sediaan methadone dalam bentuk unit dos yang telah disediakan bagi tujuan administrasi |
| 2. | Orang Kena Tahan | Individu yang ditahan di lokap |
| 3. | Unit Dos | Kaedah penyediaan ubat di mana dos individu ubat pesakit yang disediakan dan dibungkus secara individu mengikut frekuensi dos pada setiap hari dengan label yang lengkap. |
| 4. | Pakar Perubatan | Pakar psikiatri atau Pakar Perubatan Keluarga atau pakar perubatan yang mendapat latihan rawatan methadone. |
| 5. | Pengamal Perubatan | Pakar perubatan atau pegawai perubatan berdaftar di bawah Majlis Perubatan Malaysia |
| 6. | Penolong Pegawai Farmasi Diiktiraf | Penolong Pegawai Farmasi yang telah mendapat pengiktirafan mendispen methadone melalui Program Pengiktirafan Pendispensan Methadone oleh Penolong Pegawai Farmasi, Bahagian Perkhidmatan Farmasi KKM. |

SENARAI SINGKATAN

| Bil | Singkatan | Definisi |
|-----|-----------|--|
| 1. | AADK | Agenzi Anti Dadah Kebangsaan |
| 1. | DBB | Dos Bawa Balik |
| 2. | DOT | <i>Direct Observation Therapy</i> |
| 3. | JT | Jururawat Terlatih |
| 4. | JTMP | Juruteknologi Makmal Perubatan |
| 5. | KKM | Kementerian Kesihatan Malaysia |
| 6. | NSEP | <i>Needle Syringe Exchange Program</i> (Program Pertukaran Jarum dan Alat Suntikan) |
| 6. | OKT | Orang Kena Tahan |
| 7. | PDRM | Polis Di Raja Malaysia |
| 8. | PPP | Penolong Pegawai Perubatan |
| 9. | PPF | Penolong Pegawai Farmasi |
| 10. | SOP | <i>Standard Operating Procedure</i> |

KANDUNGAN

M/S

| | | |
|--------------------------|--|-----------|
| BAB SATU | : POLISI DAN PROSEDUR OPERASI PIAWAI PROGRAM RAWATAN METHADONE | 1 - 89 |
| BAB DUA | : GARIS PANDUAN PENDISPENSAN METHADONE DI LOKAP | 91 - 100 |
| BAB TIGA | : GARIS PANDUAN PENDISPENSAN METHADONE UNTUK NELAYAN LAUT DALAM | 101 - 108 |
| BAB EMPAT | : GARIS PANDUAN PENGURUSAN RAWATAN METHADONE DI FASILITI SWASTA | 109 - 135 |
| RUJUKAN DAN BAHAN BACAAN | | 136 - 138 |

BAB SATU



POLISI DAN PROSEDUR OPERASI PIAWAI PROGRAM RAWATAN METHADONE

Kerjasama

Kementerian Kesihatan Malaysia
Kementerian Pendidikan Tinggi
Wakil Pengamal Perubatan Swasta
Majlis AIDS Malaysia dan Afiliate

BAHAGIAN KAWALAN PENYAKIT
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
EDISI KEDUA @ MEI 2016

ISIKANDUNGAN

| | <u>m/s</u> |
|---|------------|
| 1.0 Pengenalan | 7 |
| 2.0 Program Rawatan Methadone | 7 |
| 3.0 Objektif Rawatan Methadone | 7 |
| 3.1 Objektif Umum | 7 |
| 3.2 Objektif Khusus | 7 |
| 4.0 Polisi Rawatan Methadone | 9 |
| 5.0 Kriteria Kelayakan | 10 |
| 5.1 Kelayakan Pesakit | 10 |
| 5.2 Pesakit Yang Tidak Layak | 10 |
| 5.3 Kriteria Pemberhentian Pesakit Dari Program Rawatan Methadone | 11 |
| 6.0 Pematuhan Pesakit Yang Menerima Rawatan Methadone | 11 |
| 7.0 Komitmen Pasukan Petugas Methadone Terhadap Pesakit | 13 |
| 8.0 Prosedur Rawatan Methadone | 13 |
| 8.1 Pendaftaran | 13 |
| 8.2 Pemeriksaan Fizikal | 13 |
| 8.3 Ujian Saringan dan Pemantauan | 13 |
| 9.0 Pengendalian Rawatan Methadone | 15 |
| 9.1 Objektif Rawatan | 16 |
| 9.2 Kaedah Pelaksanaan | 16 |
| 9.3 Dos Permulaan / Induksi | 16 |
| 9.4 Dos Pentitratan (<i>Dos Titration</i>) | 16 |

| | <u>m/s</u> |
|---|------------|
| 9.5 Dos Pengekalan (<i>Maintenance Dosing</i>) | 17 |
| 9.6 Dos Bawa Balik (DBB) | 17 |
| 9.7 Dos Tertinggal (<i>Missed Dose</i>) dan Induksi Semula | 20 |
| 9.8 Pemantauan Pesakit Yang Menjalani Rawatan methadone | 21 |
| 9.9 Pertukaran Dari Farmakoterapi Lain Kepada Methadone | 21 |
| 9.10 Detoksifikasi Rawatan Methadone | 24 |
| 10.0 Prosedur Rawatan Methadone Dalam Keadaan Tertentu | 25 |
| 10.1 Pengendalian Rawatan Methadone Semasa Bulan Ramadan | 25 |
| 10.2 Pendispensan Methadone Di Lokap | 26 |
| 10.3 Pengendalian Rawatan Methadone Semasa Berada Di Luar Negara Termasuk Umrah | 26 |
| 10.4 Pengendalian Rawatan Methadone Bagi Pesakit Menunaikan Haji | 28 |
| 10.5 Pendispensan Methadone Nelayan Laut Dalam | 29 |
| 10.6 Pengendalian Pesakit Methadone Yang Dimasukkan Ke Dalam Wad | 29 |
| 10.7 Pengendalian Rawatan Methadone Semasa Dalam Keadaan Intoksikasi | 29 |
| 10.8 Pengendalian <i>Overdose</i> Methadone | 30 |
| 10.9 Pengendalian ' <i>Split-Dose</i> ' | 32 |
| 10.10 Pengurusan Pesakit Dengan Kebergantungan Opiat di Dalam Wad | 33 |
| 10.11 Pengurusan Pesakit Dengan Tingkahlaku Sukar / Bermasalah | 33 |

| | <u>m/s</u> |
|--|------------|
| 11.0 Tatacara Pengendalian Ubat Methadone | 35 |
| 11.1 Keperluan Preskripsi Rawatan Methadone | 35 |
| 11.2 Perolehan Dan Bekalan Methadone | 36 |
| 11.3 Penstoran (Peringkat Pusat Rawatan) | 37 |
| 11.4 Pendispensan | 37 |
| 11.5 Keperluan Pelabelan DBB Dan Dos Pre--Prepared (bawah perkara 11 tatacara pendispensan) | 38 |
| 11.6 Perekodan Bahan Psikotropik | 39 |
| 11.7 Tatacara Penyimpanan DBB Methadone oleh pesakit | 40 |
| 11.8 Pengendalian Botol Kosong Stok Methadone | 40 |
| 11.9 Pengendalian Pendosan Methadone Bagi Pesakit KKM Yang Perlu Ke Luar Kawasan | 40 |
| 12.0 Kaunseling | 41 |
| 13.0 Penilaian Dan Pemantuan | 41 |
| 13.1 Reten | 41 |
| 13.2 Pelaporan Insiden | 41 |
| 14.0 Perpindahan Pesakit Methadone | 42 |

LAMPIRAN

| | <u>m/s</u> | |
|-------------|---|----|
| Lampiran 1 | : Kriteria Kelayakan (<i>Inclusion</i>) dan Tidak Layak (<i>Exclusion</i>) | 44 |
| Lampiran 2 | : Kontrak Persetujuan Pesakit | 45 |
| Lampiran 3 | : Carta Aliran Prosedur Rawatan Methadone | 46 |
| Lampiran 4 | : Maklumat Peribadi Pesakit | 47 |
| Lampiran 5 | : Opiat Treatment Index (OTI) | 49 |
| Lampiran 6 | : WHOQOL – Brief | 56 |
| Lampiran 7 | : Kad ID Pesakit | 58 |
| Lampiran 8 | : Carta Alir Ujian Saringan HIV (<i>Rapid Test Kit</i>) | 59 |
| Lampiran 9 | : Borang Pemeriksaan Darah | 60 |
| Lampiran 10 | : Borang Ujian Fungsi Hati (Liver Function Test) | 61 |
| Lampiran 11 | : Borang Laporan Ujian dan Keputusan Pemeriksaan Urin di Pusat Rawatan Methadone | 62 |
| Lampiran 12 | : Penilaian Stabiliti Pesakit Untuk Dos Bawa Balik (<i>Assessment of Patient's Stability for Take Away Doses</i>) | 63 |
| Lampiran 13 | : Kontrak Perjanjian Persetujuan DBB | 65 |
| Lampiran 14 | : Carta Alir Pendispensan Methadone di Bulan Ramadhan | 66 |
| Lampiran 15 | : Contoh Surat Pengesahan Doktor / Pengamal Perubatan | 67 |

| | | <u>m/s</u> | |
|----------------|---|--|----|
| Lampiran 16 | : | Borang Methadone : Overseas <i>Travel Request</i> | 68 |
| Lampiran 17 | : | Contoh <i>Methadone Posession Authorisation Letter</i> | 69 |
| Lampiran 18 | : | Rekod Pendispensan Methadone (Haji) | 70 |
| Lampiran 19 | : | Borang Preskripsi Methadone | 72 |
| Lampiran 20_CA | : | Carta Alir Pendispensan Rawatan Methadone | 73 |
| Lampiran 20_PK | | Proses Kerja Pendispensan Rawatan Methadone | 74 |
| Lampiran 21 | | Contoh Label Methadone | 75 |
| Lampiran 22 | | Format Buku Daftar Preskripsi Bahan Psikotropik (Methadone) | 76 |
| Lampiran 23 | | Sesi Kaunseling Program Rawatan Methadone | 77 |
| Lampiran 24A | : | Reten Bulanan Bagi Program Rawatan Methadone | 78 |
| Lampiran 24B | : | Reten Bulanan Status Penyakit Pesakit Rawatan Methadone | 80 |
| Lampiran 25 | : | <i>Treatment Outcome Profile</i> | 81 |
| Lampiran 26 | : | Borang Notifikasi Insiden Program Rawatan Methadone Kementerian Kesihatan Malaysia | 82 |
| Lampiran 27 | : | Rujukan Pesakit Untuk Meneruskan Rawatan Rawatan Methadone | 83 |
| Lampiran 28 | : | Senarai Tugas Pegawai Yang Terlibat Dalam Rawatan Methadone | 84 |

1.0 PENGENALAN

Kerajaan telah melaksanakan program rawatan methadone yang merupakan salah satu komponen pengurangan mudarat (*harm reduction*) pada Oktober 2005 dalam usaha Negara menangani HIV/AIDS di kalangan pengguna dadah suntikan dan di masa sama menangani isu penagihan opiat khususnya heroin di Malaysia. Langkah ini juga selaras dengan komitmen Negara dalam Deklarasi Komitmen ke atas HIV / AIDS yang dicapai semasa Sesi Khas Perhimpunan Bangsa-Bangsa Bersatu Mengenai HIV/AIDS (UNGASS) dan Matlamat Pembangunan Millennium (MDG).

Sebelum perlaksanaan Program Rawatan Methadone dan umumnya Program Pengurangan Mudarat, 74% dari jumlah jangkitan HIV yang dilaporkan di Malaysia dari tahun 1986 sehingga 2004 adalah disebabkan penagihan dadah suntikan; dengan peratusan kes tertinggi iaitu 83% pada tahun 1996. Penagihan opiat juga dilaporkan sebagai penagihan utama di Malaysia, mencapai sehingga 70% dari jumlah penagihan yang dikesan. Program saringan HIV ke atas penghuni pusat pemulihan dadah mendapati sebanyak 17% disahkan HIV positif dari tahun 2000 hingga 2004.

Perlaksanaan Program Rawatan Methadone ini pada amnya telah terbukti berkesan dalam menangani isu HIV/AIDS dan penagihan. Program ini telah berjaya meningkatkan kualiti hidup penagih dadah ini. Peratus penagih dadah yang bekerja sepenuh masa juga telah meningkat dari 47.6% ke 66.3% selepas setahun mengikuti mengambil rawatan tersebut. Penagihan opiat juga telah menurun berdasarkan ujian air kencing di mana ujian air kencing yang positif opiat telah menurun dari 45% di awal kemasukan ke Program Rawatan Methadone kepada 3% selepas setahun menjalani program. Peratusan kes baru HIV akibat penagihan dadah suntikan yang dilaporkan ke Kementerian Kesihatan telah menunjukkan penurunan ketara dari 66% (4,038 kes) pada tahun 2005 kepada 16.8% (561 kes) pada 2015. Peratusan kes HIV positif dalam kalangan penghuni pusat pemulihan dadah juga menurun dari 20% pada tahun 2005 kepada 1.4% pada tahun 2014. Prevalen HIV dalam kalangan pengguna dadah suntikan menunjukkan corak penurunan sama dari 22.1% pada tahun 2009 kepada 16.3% pada tahun 2014.

Pelaburan Kerajaan ke atas program ini ternyata amat kos-efektif. Program ini terbukti dapat mengelakkan sebanyak 1,597 jangkitan baru HIV dari tahun 2000 hingga 2015 dan menjimatkan kos sebanyak RM 3.85 juta. Adalah dijangkakan, program ini akan dapat mengelakkan sebanyak 38,092 kes baru HIV dan menjimatkan kos sebanyak RM 265.11 juta dalam tempoh 50 tahun iaitu dari tahun 2000 hingga 2050.

Adalah penting program ini dapat diperluaskan perkhidmatan dan liputannya dalam memastikan jangkitan HIV dan penagihan terutamanya opiat dapat terus dibendung.

2.0 PROGRAM RAWATAN METHADONE

Methadone digunakan dalam rawatan penagihan heroin pada pertengahan tahun 1960an dan telah terbukti selamat dan berkesan. Program ini juga terbukti berkesan dalam mengurangkan kejadian HIV akibat penagihan dadah secara suntikan dan kejadian jenayah dalam kalangan kumpulan sasaran ini.

Methadone adalah agen sintetik yang berfungsi dengan menakluki / mengisi tapak reseptor otak yang terjejas oleh heroin dan opiat lain. Methadone bertindak;

- Menghalang kesan euphoria dan sedasi daripada opiat;
- Mengurangkan keinginan untuk opiat yang merupakan faktor utama untuk relaps;
- Melegakan gejala tarikan opiat;
- Membolehkan seseorang untuk bekerja dan memainkan peranan dalam masyarakat secara normal sekali gus
- Boleh diambil hanya sekali sehari kerana sifatnya yang dikumuh secara perlahan dari sistem badan.

Methadone mempunyai kesan yang sama seperti heroin atau morfin dalam mencegah gejala tarikan (akibat tidak mengambil heroin) dan memenuhi keperluan fizikal penagih untuk mengambil heroin. Ia mempunyai tempoh tindakan yang lebih panjang berbanding heroin (lebih daripada 24 jam) apabila diambil secara oral.

Rawatan Methadone diberi setiap hari sebagai pesakit luar. Penyertaan dalam Program Rawatan Methadone ini juga dapat menjadi platform bagi pesakit mengesan masalah kesihatan yang lain seperti HIV, hepatitis dan Tibi.

3.0 OBJEKTIF RAWATAN METHADONE

3.1 Objektif Umum

Untuk mengurangkan jangkitan penyakit bawaan darah dalam kalangan pengguna dadah secara suntikan

Untuk membantu dan merawat pesakit yang mempunyai masalah penagihan khasnya opiat dan seterusnya meningkatkan kualiti hidup pesakit.

3.2 Objektif Khusus

- 3.2.1 Mengurangkan risiko dan penyebaran jangkitan HIV dalam kalangan pengguna dadah suntikan dan pasangan.
- 3.2.2 Mengurangkan risiko dan penyebaran jangkitan penyakit bawaan darah yang lain seperti hepatitis B dan C.
- 3.2.3 Mengurangkan penyalahgunaan dadah opiat dan komplikasi sampingan
- 3.2.4 Mengurangkan kejadian pesakit relaps / menagih semula.
- 3.2.5 Meningkatkan kesihatan mental dan fizikal pesakit.
- 3.2.6 Meningkatkan keupayaan sosio ekonomi pesakit dan membolehkan mereka mendapatkan pekerjaan.

- 3.2.7 Meningkatkan kesediaan dan penyesuaian pesakit untuk kembali ke pangkuhan masyarakat.
- 3.2.8 Meningkatkan keselamatan masyarakat dan mengurangkan kegiatan jenayah yang dikaitkan dengan penagihan.
- 3.2.9 Mengurangkan amalan berisiko melalui suntikan dadah

4.0 POLISI RAWATAN METHADONE

Dalam melaksanakan Program Rawatan Methadone Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM) telah mengariskan polisi berikut:

- 4.1 Setiap pesakit yang mengikuti rawatan methadone, mesti didaftar dan direkodkan.
- 4.2 Tiada had limit pengambilan / pendaftaran pesakit untuk mengikuti rawatan methadone di fasiliti-fasiliti rawatan.
- 4.3 Rawatan methadone di fasiliti Kerajaan diberikan secara percuma kepada warganegara Malaysia sahaja.
- 4.4 Methadone hanya boleh dipreskrib oleh pengamal perubatan berdaftar yang telah menjalani latihan dalam rawatan methadone.
- 4.5 Latihan terdiri daripada latihan formal (sekurang-kurangnya 8 jam) oleh KKM/akademia/agensi diiktiraf atau secara sangkutan (*attachment*) di klinik methadone selama lima (5) hari. Menghadiri kedua-dua latihan adalah digalakkan.
- 4.6 Preskripsi methadone hendaklah diperbaharui setiap kali rawatan susulan.
- 4.7 Methadone hendaklah didispens dalam bentuk cecair berkepekatan rendah oleh pengamal perubatan berdaftar, pegawai farmasi atau penolong pegawai farmasi diiktiraf.
- 4.8 Pendispensan methadone hendaklah dilakukan setiap hari secara *Direct Observation Therapy (DOT)*
- 4.9 Pemberian dos bawa balik hanya boleh diberikan kepada pesakit yang stabil sahaja dan atas preskripsi serta pertimbangan pengamal perubatan yang merawat.
- 4.10 Segala pembekalan, rekod dan penyimpanan ubat methadone mestilah mematuhi semua perkara yang termaktub di dalam Akta Racun 1952 dan Peraturan - Peraturan Racun (Bahan-Bahan Psikotropik) 1989.
- 4.11 Rawatan susulan oleh Pengamal Perubatan berdaftar hendaklah dibuat secara berkala mengikut kemajuan pesakit atau sekurang-kurangnya setiap tiga (3) bulan dan setiap penilaian pesakit hendaklah dicatatkan di dalam rekod rawatan pesakit

5.0 KRITERIA KELAYAKAN

Program Rawatan Methadone adalah untuk pesakit yang mempunyai kebergantungan (*dependency*) kepada opiat dan mempunyai tempoh pengambilan opiat secara berkala dan berlanjutan. Diagnosis kebergantungan kepada opiat perlu dikenalpasti mengikut DSM 5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder*) terbitan American Psychiatric Association 2015.

5.1 Kelayakan Pesakit

- 5.1.1 Penagihan utama adalah dadah jenis opiat dan disahkan mempunyai kebergantungan kepada opiat.
- 5.1.2 Pesakit mesti memberi persetujuan secara sukarela untuk mengikut program ini.
- 5.1.3 Berumur 18 tahun dan ke atas. Dalam kes di mana pesakit yang memerlukan rawatan berumur di bawah 18 tahun, pengamal perubatan perlu mendapatkan konsultasi pakar serta persetujuan ibu bapa / penjaga / pelindung.
- 5.1.4 Pesakit mesti mematuhi semua peraturan dan prosedur yang telah ditetapkan (rujuk perkara 6.0).

Kriteria kelayakan adalah seperti di Lampiran 1

5.2 Pesakit yang Tidak Layak

- 5.2.1 Penagihan utama adalah dadah bukan opiat.
- 5.2.2 Penagihan opiat kurang dari 1 tahun (pengamal perubatan berdaftar perlu mendapatkan konsultasi Pakar Psikiatri / Pakar Perubatan Keluarga bagi memulakan rawatan kepada pesakit sekiranya keadaan memerlukan)
- 5.2.3 Pesakit mempunyai kegagalan hepatik yang teruk (*clinically decompensated liver disease*).
- 5.2.4 Pesakit dengan sejarah hipersensitif kepada methadone.
- 5.2.5 Pesakit mempunyai penyakit mental yang tidak terkawal (rujuk pesakit untuk nasihat pakar)
- 5.2.6 Masalah perubatan teruk (*Acute Medical Disorders*) - pesakit mempunyai masalah perubatan lain seperti depresi pernafasan yang teruk, asma akut, alkoholism akut, kecederaan kepala dan tekanan intrakranial tinggi (*raised intracranial pressure*), kolitis ulseratif, kekejangan (*spasm*) saluran biliar dan renal, pesakit sedang menerima rawatan *monoamine oxidase*

inhibitors atau dalam tempoh 14 hari selepas berhenti rawatan (*monoamine oxidase inhibitors*). Pesakit bagaimana pun boleh dirujuk untuk nasihat pakar.

Nota: Pesakit yang mengambil bahan-bahan yang memberi kesan sinergistik dengan methadone yang menekan sistem pernafasan (*respiratory depression*) seperti benzodiazepine dan opiat lain perlu dibuat pemantauan lebih rapi.

5.3 Kriteria Memberhentikan Pesakit Dari Program Rawatan Methadone

Pusat rawatan mempunyai bidang kuasa untuk memberhentikan rawatan sekiranya pesakit;

5.3.1 Agresif

Pesakit mengganggu serta mendatangkan sebarang kecederaan kepada mana-mana orang sama ada secara fizikal, emosi atau mental.

5.3.2 Mengeluarkan Kata – Kata Kesat / Ugutan

Pesakit mengeluarkan kata-kata kesat secara berulangkali atau ugutan kepada mana-mana pihak dan mengganggu perjalanan atau keharmonian klinik.

5.3.3 Menjalankan Aktiviti Pengedaran dan Penyalahgunaan Dadah Di Kawasan Fasiliti Rawatan

Pesakit menjalankan aktiviti dan kegiatan mengedar, menjual, membeli atau memiliki dan menggunakan sebarang jenis dadah yang dilarang

5.3.4 Penyelewengan Dos Bawa Balik (DBB) Methadone

Penyelewengan termasuk menjual atau berkongsi dos methadone bawa balik

Nota: Ujian urin positif dadah **BUKANLAH** satu kriteria untuk memberhentikan atau menangguhkan rawatan methadone.

6.0 PEMATUHAN PESAKIT YANG MENERIMA RAWATAN METHADONE

Pesakit yang mengikuti program rawatan methadone kerajaan hendaklah menandatangani kontrak persetujuan pesakit (Lampiran 2) bagi mengikuti rawatan tersebut dan mematuhi syarat-syarat yang telah ditetapkan:

- 6.1 Memahami bahawa tujuan rawatan adalah sebahagian daripada proses pemulihan sepanjang hayat.
- 6.2 Pesakit hendaklah memberi sepenuhnya kerjasama terhadap program ini dan mematuhi segala peraturan yang telah ditetapkan.
- 6.3 Pesakit hendaklah menghadiri sesi intervensi psikososial yang dijadualkan.
- 6.4 Pesakit hendaklah menghadiri rawatan di klinik setiap hari sehingga stabil.
- 6.5 Pesakit hendaklah menjalani ujian air kencing bagi saringan dadah atau apa-apa ujian yang berkaitan mengikut keperluan.
- 6.6 Pesakit dinasihatkan berhati-hati sekiranya memandu kenderaan, menunggang motosikal atau mengendalikan sebarang mesin dalam tempoh 3-4 jam selepas minum dos methadone.
- 6.7 Pesakit tidak digalakkan berkumpul tanpa alasan di fasiliti rawatan setelah mendapatkan rawatan.
- 6.8 Pesakit digalakkan membawa ahli keluarga terdekat semasa rawatan dijalankan. Ini kerana mereka boleh memberi bantuan kepada pesakit jika terdapat sebarang masalah seperti dalam keadaan mengantuk atau tidak stabil.
- 6.9 Pesakit hendaklah memberitahu petugas fasiliti rawatan jika mengalami sebarang masalah kesihatan.
- 6.10 Pesakit perlu memaklumkan kepada petugas fasiliti rawatan jika memerlukan rawatan methadone di fasiliti lain atau di luar kawasan.
- 6.11 Pesakit dilarang membuat kacau ganggu di fasiliti rawatan semasa menghadiri rawatan methadone.
- 6.12 Pesakit dilarang mengeluarkan kata-kata kesat atau ugutan kepada mana-mana pihak.
- 6.13 Pesakit tidak boleh mengambil apa juga jenis dadah terlarang yang lain, alkohol atau benzodiazepines seperti nimetazepam (erimin 5), diazepam (valium), midazolam (dormicum / dormi), alprazolam (xanax) bersama dengan methadone kerana ia boleh membahayakan diri pesakit.
- 6.14 Pesakit tidak boleh sama sekali menjalankan sebarang aktiviti atau kegiatan mengedar, menjual, membeli atau memiliki dan menggunakan sebarang jenis dadah terlarang.
- 6.15 Fasiliti rawatan berhak melaporkan kepada pihak polis jika keadaan memerlukan.

Nota: Penggunaan polisubstan seperti di para 6.13 BUKANLAH satu kriteria untuk memberhentikan atau menangguhkan rawatan methadone.

7.0 KOMITMEN PASUKAN PETUGAS METHADONE TERHADAP PESAKIT

- 7.1 Menjaga kerahsiaan pesakit
- 7.2 Memastikan pesakit mendapat rawatan yang sewajarnya
- 7.3 Memastikan pesakit diberi rawatan tanpa stigma dan diskriminasi

8.0 PROSEDUR RAWATAN METHADONE

Carta alir prosedur rawatan methadone adalah seperti di Lampiran 3.

Pesakit yang telah memenuhi kriteria kelayakan rawatan dan memahami peraturan yang ditetapkan serta telah menandatangani surat persetujuan akan didaftarkan dan menjalani pemeriksaan fizikal dan ujian makmal secara berperingkat.

8.1 Pendaftaran

Semasa pendaftaran, penolong pegawai perubatan atau jururawat terlatih akan melengkapkan maklumat-maklumat berikut secara berperingkat:

- 8.1.1 Maklumat peribadi pesakit (Lampiran 4)
- 8.1.2 Opiat Treatment Index (Lampiran 5) – ‘baseline’, tahunan
- 8.1.3 WHO QOL (Lampiran 6)- ‘baseline’, tahunan
- 8.1.4 Kad ID Pesakit akan dikeluarkan kepada pesakit (Lampiran 7).

8.2 Pemeriksaan Fizikal

Pemeriksaan fizikal bagi pesakit adalah meliputi pemeriksaan keseluruhan sistem badan termasuk pemeriksaan tekanan darah, nadi, kardiovaskular, respiratori, abdomen dan lain - lain. Pemeriksaan juga perlu melihat sebarang tanda – tanda kegagalan hati (*clinically severe liver impairment*).

8.3 Ujian Saringan dan Pemantauan

Pusat rawatan hendaklah menjalankan / menawarkan ujian saringan berikut kepada pesakit;

- 8.3.1 Ujian saringan HIV dan Ujian Pengesahan HIV (rujuk Lampiran 8)
 - i. Semua pesakit kecuali yang telah disahkan HIV positif hendaklah menjalani ujian saringan HIV.
 - ii. Pesakit yang didapati menunjukkan ujian saringan HIV reaktif hendaklah menjalani ujian pengesahan HIV. Sampel darah hendaklah di ambil dan dihantar ke hospital berdekatan bagi ujian pengesahan.

- iii. Pesakit yang disahkan HIV positif akan dirujuk untuk pemeriksaan lanjut.
- iv. Ujian saringan ini hendaklah dilakukan setiap tahun bagi pengesanan awal HIV terutamanya bagi mereka yang masih mengamalkan tingkah laku berisiko.

8.3.2 Ujian Hepatitis B dan C

- i. Ujian bagi mengesan jangkitan hepatitis B dan hepatitis C hendaklah dilakukan dan direkodkan (Lampiran 9)
- ii. Pesakit yang disahkan hepatitis positif akan dirujuk untuk pemeriksaan lanjut.
- iii. Ujian hepatitis B dan C hendaklah dilakukan setiap tahun bagi pesakit yang sebelumnya berstatus hepatitis negatif.

8.3.3 Ujian Fungsi Hati (*Liver Function Test*)

- i. Dilakukan sebagai ujian asas pada peringkat awal rawatan (dalam tempoh sebulan rawatan dimulakan).
- ii. Ujian ini hendaklah dijalankan setiap tahun dan direkodkan (Lampiran 10)

8.3.4 Urinalisis atau Pemeriksaan Air Kencing bagi Saringan Dadah

- i. Urinalisis atau pemeriksaan ujian air kencing bagi saringan dadah hendaklah dilakukan seperti berikut:
 - a. Sebelum permulaan rawatan methadone.
 - b. Setiap minggu untuk selama 4 minggu
 - c. Setiap dua minggu untuk selama satu bulan seterusnya
 - d. Secara rawak setiap bulan / rawatan susulan
- ii. Semua keputusan urinalisis hendaklah direkodkan dalam rekod rawatan pesakit (Lampiran 11)

8.3.5 Ujian Saringan Keabnormalan Rentak Jantung

Ujian elektrokardiogram (EKG) hendaklah dilakukan bagi pesakit yang menerima dos methadone melebihi 100 mg dan dibuat setahun sekali secara berkala.

Bagi pesakit yang mempunyai keputusan EKG ‘prolonged QT interval’ , perlu dirujuk kepada pakar.

- i) Jika selang QTc adalah di antara 450 - 500 ms, risiko dan manfaat pemberian rawatan methadone perlu dinilai semula serta pemantauan yang lebih kerap perlu dilakukan.
- ii) Jika selang QTc melebihi 500 ms, pertimbangkan pemberhentian, pengurangan dos ataupun pertukaran ubat seperti Buprenorphine-Naloxone.
- iii) Pengamal perubatan perlu mengenalpasti interaksi antara methadone dan ubat-ubatan lain yang boleh menyebabkan hypokalemia dan ‘prolonged QT interval’

8.3.6 Ujian Saringan Tuberkulosis

- i. X-ray dada hendaklah dilakukan sebagai salah satu pemeriksaan saringan awal.
- ii. Saringan simptomatik untuk gejala tuberkulosis hendaklah dilakukan pada setiap temujanji (rawatan susulan).

Nota :

1) Pengendalian ujian makmal di fasiliti AADK, institusi penjara dan fasiliti swasta yang mengikuti program Rawatan Methadone Kerajaan

- i. Ujian darah diambil di fasiliti swasta tersebut
- ii. Pengurusan penghantaran spesimen ke makmal kerajaan adalah berdasarkan persetujuan bersama pihak Pejabat Kesihatan daerah (PKD) / hospital dan fasiliti swasta tersebut
- iii. Tabung ujian darah dan borang ujian makmal dibekalkan oleh pihak KKM
- iv. Strip ujian urin dadah akan dibekalkan oleh KKM

2) Fasiliti swasta digalakkan untuk menjalankan ujian saringan dan pemantauan seperti di para 8.3 kerana kos ditanggung oleh pesakit.

9.0 PENGENDALIAN RAWATAN METHADONE

9.1 Objektif rawatan

- 9.1.1 Mengelakkan pesakit dalam rawatan dengan mengurangkan tanda dan gejala tarikan.
- 9.1.2 Memulakan dos dengan kadar yang bersesuaian untuk mengelakkan kesan buruk (*adverse effect*) bagi mencapai dos yang diperlukan.
- 9.1.3 Memastikan keselamatan pesakit semasa induksi.

9.2 Kaedah Pelaksanaan

- 9.2.1 Memastikan wujud satu hubungan terapeutik yang sesuai
- 9.2.2 Menerangkan dengan teliti kesan-kesan gian yang mungkin dialami semasa fasa induksi dan fasa pengekalan.
- 9.2.3 Menggunakan dos yang selamat dan mencukupi
- 9.2.4 Pemantauan yang berterusan dilakukan terhadap pesakit yang mengikuti program ini.

9.3 Dos Permulaan / Induksi

- 9.3.1 Pesakit yang telah melepas pemeriksaan fizikal boleh terus diberikan dos permulaan antara 20 – 30 mg (tanpa perlu menunggu keputusan ujian makmal).
- 9.3.2 Pesakit digalakkan untuk dipantau 3 – 4 jam selepas dos permulaan diberikan (masa dimana methadone menunjukkan kesan puncak) untuk melihat sebarang tanda toksik atau tarikan (*withdrawal*).
- 9.3.3 Jika pesakit menunjukkan gejala tarikan selepas 4 jam dos permulaan, dos suplementari sebanyak 5 mg boleh diberikan.
- 9.3.4 Pengamal perubatan boleh mempertimbangkan pemberian dos permulaan yang lebih tinggi daripada 30 mg sekiranya perlu tetapi tidak melebihi 40mg. Pesakit hendaklah dipantau selama 3 – 4 jam selama 3 hari pertama untuk mengelakkan terlebih dos (*overdose*).

9.4 Dos Pentitratan (*Dos Titration*)

- 9.4.1 Dua minggu pertama tempoh rawatan methadone adalah bertujuan untuk menstabilkan pesakit. Penstabilan bermakna mentitratkan dos rawatan mengikut keperluan seseorang pesakit.
- 9.4.2 JANGAN naikkan dos methadone sekurang – kurangnya 3 hari pertama rawatan MELAINKAN jelas terdapat tanda tarikan semasa kesan puncak (3–4 jam selepas dos). Ini adalah kerana pesakit akan mengalami peningkatan kesan methadone dari hari sebelumnya.
- 9.4.3 Pertimbangkan dos peningkatan sebanyak 5 – 10 mg setiap tiga hari tertakluk kepada penilaian yang dijalankan.
- 9.4.4 Jumlah peningkatan dos tidak boleh melebih 20 mg setiap minggu.

- 9.4.5 Dos maksima pada hujung minggu pertama secara amnya tidak melebihi 50 mg.
- 9.4.6 Pesakit hendaklah dinasihatkan agar tidak memandu atau mengendalikan mesin sepanjang tempoh penyelarasan dos.

9.5 Dos Pengekalan (*Maintenance Dosing*)

- 9.5.1 Dos methadone yang lebih tinggi diperlukan dalam fasa pengekalan berbanding dos permulaan.
- 9.5.2 Secara amnya dos methadone yang berkesan adalah antara 60 mg hingga 80 mg sehari bagi mencapai tahap pengekalan yang berjaya.
- 9.5.3 Sebarang perubahan dos rawatan perlu mengambil kira perkara berikut
 - i. Penggunaan semasa opiat mungkin memerlukan dos methadone yang lebih tinggi
 - ii. Tahap metabolisme methadone seseorang pesakit
 - iii. Penggunaan ubat lain (seperti anti-tibi , arv , psikotropik)
 - iv. Kehamilan
 - v. Penggunaan polisubstans
- 9.5.4 Pematuhan kepada pengambilan methadone setiap hari akan dapat memastikan aras methadone plasma dikekalkan dan dapat mengelakkan simptom / gejala tarikan
- 9.5.5 Jika aras methadone dalam plasma tidak dapat dikekalkan, tahap toleransi terhadap opiat akan berkurangan dan menurunkan kapasiti methadone dalam mengurangkan kesan euphoria opiat. Kegagalan dalam pematuhan ubat dan pengurangan dos dikaitkan dengan peningkatan risiko terhadap relaps kepada penggunaan opiat.

9.6 Dos Bawa Balik (DBB)

- 9.6.1 Pemberian DBB dapat memperkuuhkan rawatan methadone seseorang pesakit dan membantu mereka pesakit dalam meneruskan kehidupan harian.
- 9.6.2 Pemberian DBB pada amnya diberikan kepada pesakit yang stabil dan atas preskripsi serta pertimbangan pengamal perubatan yang merawat. Pengamal perubatan digalakkan berbincang dengan pasukan methadone untuk mendapatkan persetujuan bersama dalam membenarkan DBB.

- 9.6.3 DBB maksima boleh diberikan untuk tempoh 3 hari. Namun demikian, pengamal perubatan yang merawat boleh melanjutkan DBB sehingga 6 hari secara berperingkat dengan persetujuan pasukan rawatan methadone sekiranya pesakit mempunyai alasan yang munasabah.
- 9.6.4 Bagi kes-kes tertentu, DBB boleh dilanjutkan melebihi 6 hari mengikut keperluan seperti pesakit mengerjakan ibadah umrah, lawatan ke luar negara, nelayan laut dalam, masalah kesihatan atau mengikut keperluan pekerjaan dengan syarat pesakit hendaklah menyertakan dokumen pengesahan.
- 9.6.5 DBB hendaklah dicairkan dan diberikan dalam unit dos bagi mengelakkan risiko terlebih dos (overdose) dan penyelewangan secara suntikan. Namun bagi keperluan DBB melebihi 6 hari, pencairan ubat boleh dikecualikan.
- 9.6.6 Jenis DBB
- i. Jangka pendek : Bagi pesakit yang belum stabil tertentu tetapi mempunyai keperluan DBB. Pemantauan lebih rapi hendaklah dilakukan ke atas kes sebegini.
 - ii. Jangka panjang : Bagi pesakit yang telah menunjukkan kestabilan
- 9.6.7 Pemberian DBB adalah tertakluk kepada penilaian berkala oleh pasukan petugas methadone. Penilaian bagi menentukan pesakit stabil bagi dos bawa balik adalah berdasarkan borang *Assessment of Patient's Stability For Take Away Dose* (Lampiran 12).
- 9.6.8 Penilaian awal sebelum DBB meliputi :
- i. Membuat penilaian menyeluruh terhadap pesakit sebelum memberi DBB
 - a. Sosial : Pekerjaan, keluarga dan kanak-kanak
 - b. Perubatan: Contoh- masalah ingatan (dementia kerana AIDS), penyakit psikiatri yang tidak stabil
 - ii. Berjumpa dengan wakil ahli keluarga untuk penerangan dan kerjasama dalam pemantauan DBB.
- 9.6.9 Syarat-syarat DBB:
- i. Pesakit adalah stabil dan tidak dalam keadaan intoksikasi
 - ii. Pemantauan urin bebas dari sebarang dadah (pesakit tidak terlibat dengan sebarang penyalahgunaan bahan terlarang seperti benzodiazepine, opiat, ATS, kanabis dan bahan psikoaktif lain)
 - iii. Pesakit mematuhi semua peraturan dan pelan rawatan yang ditetapkan

- iv. Kehadiran pesakit ke pusat rawatan secara harian mengganggu aktiviti pesakit yang berfaedah (pekerjaan/kerjaya, pendidikan, masalah kesihatan, rumahtangga atau lain-lain aktiviti harian).
 - v. Tidak terlibat dengan aktiviti jenayah termasuk penjualan dan pengedaran dadah
 - vi. Pesakit boleh menjamin DBB boleh disimpan dan dijaga dengan selamat di rumah (bukan di dalam peti sejuk atau tempat yang boleh dicapai oleh kanak-kanak)
 - vii. Pesakit tidak menyalahguna DBB
 - viii. Tiada masalah kelakuan yang serius
 - ix. Menandatangani Kontrak Perjanjian Persetujuan DBB (Lampiran 13)
- 9.6.10 DBB boleh diberhentikan sekiranya pesakit tidak patuh kepada syarat DBB atau sekiranya pengamal perubatan yang merawat mempunyai keraguan ke atas pematuhan pesakit terhadap ubat dan mensyaki kemungkinan penyelewengan (*diversion*).
- 9.6.11 Sekiranya preskripsi ubat methadone telah tamat tarikh, secara automatik pemberian DBB adalah terbatal.
- 9.6.12 Semua DBB hendaklah direkodkan dalam preskripsi dan rekod rawatan pesakit.
- 9.6.13 Cadangan tempat selamat untuk penyimpanan:
- i. Mempunyai beg sandang atau ‘pouch’ untuk menempatkan
 - ii. sementara DBB yang baru diperolehi
 - iii. Menyimpan DBB di tempat tinggi dan berkunci
 - iv. Tidak menyimpan DBB di dalam peti sejuk
 - v. Tidak menyalin DBB ke dalam bekas lain yang tidak berlabel
 - vi. serta boleh mendatangkan kekeliruan
- 9.6.14 Pemantauan DBB :
- i. Pemeriksaan urin berkala secara rawak.
 - ii. Patuh kepada kehadiran pengambilan dos yang ditetapkan
 - iii. Lawatan ke rumah untuk memastikan DBB disimpan dengan selamat seperti cadangan di atas
 - iv. Peka terhadap maklumat tentang penyalahgunaan DBB dari sebarang sumber dan perlu menyiasat.

9.6.15 Pengendalian pesakit yang bermasalah tentang DBB :

- i. Penyiasatan yang menyeluruh dan adil
- ii. Memberi nasihat
- iii. Memberi bantuan jika perlu dan bersesuaian
- iv. Memberhentikan DBB kepada DOTS
- v. DBB masih boleh dipertimbangkan semula sekiranya pesakit menunjukkan kestabilan / perubahan yang baik.

9.7 Dos Tertinggal (*missed dose*) dan Induksi Semula

9.7.1 Jadual di bawah adalah panduan pemberian dos bagi kes-kes tertinggal dos.

| Pengurusan Kes Tertinggal Dos Methadone | | |
|---|---|---|
| Jumlah Hari | : | Tindakan |
| • Satu (1) hari | : | Tiada perubahan dos |
| • Dua (2) hari | : | Jika tiada tanda intoksikasi, berikan dos asal. |
| • Tiga (3) hari | : | <ul style="list-style-type: none">• Berbincang dengan pengamal perubatan• Administer separuh dos asal bagi dos melebihi 60mg.• Sekiranya dos asal 30mg – 60mg, administer 30mg.• Sekiranya dos asal kurang daripada 30mg, administer dos asal. |
| • Empat (4) hari | : | <ul style="list-style-type: none">• Berbincang dengan pengamal perubatan• Bekalkan dos sementara berdasarkan kebenaran pengamal perubatan• Rujuk pesakit kepada pengamal perubatan secepat mungkin• Disyorkan dos 40mg atau separuh dos yang mana lebih rendah |
| • Lima (5) hari dan lebih | : | Untuk rawatan permulaan semula. |

Nota : Peningkatan dos seterusnya adalah 5 – 10 mg setiap tiga (3) hari sehingga mencapai dos asal.

- 9.7.2 Apabila seseorang pesakit tertinggal dos methadone selama 3 hari atau lebih, tolerans terhadap opiat akan menurun dan seterusnya meningkatkan risiko pesakit mengalami terlebih dos (*overdose*) apabila pemberian semula methadone dibuat.
- 9.7.3 Pesakit hendaklah diperiksa untuk sebarang gejala intoksikasi atau tarikan (*withdrawal*).
- 9.7.4 Jika dos tidak diambil selama 5 hari atau lebih berturut – turut, dos semasa hendaklah ditangguh atau dikurangkan sehingga pesakit telah diperiksa semula oleh pengamal perubatan yang merawat.

9.8 Pemantauan Pesakit Yang Menjalani Rawatan Methadone

- 9.8.1 Pemantauan dan rawatan susulan pesakit hendaklah dibuat secara berkala. Pesakit yang telah stabil, perlu dibuat penilaian secara berkala sekurang-kurangnya tiga (3) bulan sekali.
- 9.8.2 Bagi fasa induksi, pemantauan perlu dibuat secara kerap pada dua minggu pertama selepas memulakan rawatan.
- i. Pesakit perlu dipantau setiap hari oleh pegawai farmasi/pengamal perubatan (swasta) untuk tujuan penyelarasan dos methadone dan penilaian ke atas sebarang tanda intoksikasi.
 - ii. Pesakit perlu dinilai sekurang – kurangnya dua kali dalam dua minggu pertama selepas memulakan rawatan.
 - iii. Penilaian berikut perlu dipertimbangkan semasa pemantauan dalam minggu pertama bagi penyelarasan dos;
 - a. Tahap tarikan (*withdrawal*)
 - b. Intoksikasi
 - c. Penggunaan dadah terlarang
 - d. Penggunaan ubat lain
 - e. Kesan sampingan
 - f. Persepsi pesakit ke atas dos yang cukup
 - g. Pematuhan terhadap program methadone
- 9.8.3 Rawatan susulan seterusnya boleh dilakukan setiap minggu untuk dua minggu seterusnya, diikuti setiap dua minggu untuk tempoh sebulan dan seterusnya mengikut kemajuan pesakit atau setiap 3 bulan bagi pesakit yang telah stabil.

| Rawatan Susulan Yang Disarankan | |
|-----------------------------------|---|
| Tempoh Rawatan | Kekerapan susulan |
| • Dua minggu pertama (M1 dan M2) | : 2 kali setiap minggu |
| • Dua minggu kedua (M3 dan M4) | : Sekali seminggu |
| • Satu bulan seterusnya (M5 – M8) | : 2 kali dalam tempoh sebulan |
| • Bulan seterusnya | : ikut kemajuan pesakit atau sekurang-kurangnya setiap 3 bulan bagi pesakit yang telah stabil |

9.8.4 Setiap kemajuan pesakit hendaklah dicatatkan di dalam rekod rawatan pesakit pada setiap rawatan susulan.

9.9 Pertukaran Dari Farmakoterapi Lain Kepada Methadone

9.9.1 Pengamal perubatan yang merawat perlu mendapatkan nasihat pakar apabila perlu mempreskrib methadone bagi pesakit yang sebelum ini menggunakan ubat terapi gantian lain, sekiranya tidak arif mengenai perkara ini.

9.9.2 Pertukaran Buprenorphine/Naloxone kepada Methadone

- i. Menukar preskripsi pesakit dari buprenorphine/ naloxone kepada methadone boleh dipertimbangkan di bawah situasi berikut;
 - a. Pesakit mengalami kesan sampingan terhadap buprenorphine/naloxone
 - b. Respons terhadap rawatan buprenorphine /naloxone yang tidak mencukupi
 - c. Penyalahgunaan buprenorphine/naloxone
 - d. Ketiadaan buprenorphine/naloxone di pusat rawatan di mana pesakit berpindah masuk.
- ii. Pesakit perlu berada dalam keadaan stabil dengan dos harian buprenorphine/naloxone. Buprenorphine/naloxone perlu dikurangkan kepada 8 mg atau kurang untuk beberapa hari sebelum ditukarkan.

- iii. Methadone boleh dimulakan 24 jam selepas dos terakhir buprenorphine/naloxone.
- iv. Dos permulaan methadone tidak boleh melebihi 40 mg.
- v. Dos methadone yang rendah perlu dimulakan kepada pesakit yang sebelum ini mengambil dos buprenorphine/ naloxone yang rendah (4 mg atau kurang)
- vi. Perlu berhati – hati untuk tidak meningkatkan dos methadone dengan cepat.

9.9.3 Pertukaran Naltrexone kepada Methadone

- i. Pertimbangan menukar preksripsi ini secara amnya disebabkan oleh relaps kepada opiat, susulan daripada pemberhentian naltrexone.
- ii. Selepas tempoh yang singkat (mungkin hanya beberapa hari), pesakit yang menggunakan naltrexone akan hilang toleransi terhadap opiat. Oleh yang demikian, pesakit yang bertukar dari naltrexone perlu dirawat seolah-olah mereka ini naif terhadap opiat dan tidak toleran terhadap kesannya, melainkan terdapat tanda klinikal yang jelas menunjukkan mereka kembali menggunakan opiat secara kerap dan banyak.
- iii. JANGAN berikan methadone sehingga sekurang – kurangnya 72 jam selepas dos terakhir Naltrexone.
- iv. Methadone yang dimulakan hendaklah tidak melebihi 20 mg dan perlu diberi secara berhati-hati.

9.9.4 Pemberhentian secara sukarela : Faktor yang memotivasi pesakit untuk memberhentikan rawatan meliputi gaya hidup sihat, ganjaran peribadi (ketara dan tidak ketara) dan persepsi serta sikap terhadap methadone.

9.9.5 Sokongan keluarga / masyarakat, pekerjaan dan tempat tinggal memainkan peranan penting dalam memastikan kejayaan pesakit untuk mencapai fasa detoksifikasi.

9.9.6 Tempoh Masa Rawatan

- i. Kajian telah menunjukkan bahawa tempoh masa rawatan yang lebih lama akan dapat memberikan hasil rawatan yang lebih baik.
- ii. Pengurangan ketara penggunaan opiat diamati di kalangan pesakit selepas lebih satu tahun mengikuti rawatan methadone.

- iii. Pengurangan ketara penglibatan dalam jenayah hanya diamati apabila pesakit kekal dalam rawatan.
- iv. Pelbagai kajian pemerhatian telah menunjukkan bahawa kombinasi rawatan dan perubahan tingkah laku (berhenti menggunakan opait, hubungan stabil dan pekerjaan) semasa rawatan membawa hasil selepas rawatan yang positif.
- v. Adalah disarankan agar pesakit dapat kekal dalam rawatan sekurang – kurangnya 12 bulan selepas mencapai perubahan gaya hidup yang kekal/stabil.

9.10 Detoksifikasi Rawatan Methadone

- 9.10.1 Secara amnya rawatan methadone merupakan rawatan jangka panjang seperti penyakit kronik yang lain.
- 9.10.2 Walau bagaimanapun, bagi pesakit yang ingin berhenti dari rawatan, pesakit hendaklah dirujuk kepada pakar perubatan untuk penilaian dan intervensi yang sesuai.
- 9.10.3 Jadual Detoksifikasi
 - i. Penurunan dos methadone hendaklah dibincangkan bersama dengan pesakit. Adalah wajar agar pesakit dapat kekal dengan pengurangan dos dalam tempoh masa yang panjang sehingga pesakit rasa selesa dengan regim pengurangan.
 - ii. Matlamat semasa fasa pemberhentian / detoksifikasi ini adalah bagi memastikan proses tarikan dapat dilaksanakan dengan selamat.
 - iii. Disarankan menurunkan dos methadone 10 mg/minggu sehingga mencapai aras 40mg/hari, dan seterusnya 5mg/minggu.
 - iv. Penurunan / perubahan dos methadone hanya boleh dilakukan sekali seminggu.
 - v. Secara amnya, tanda dan gejala tarikan akan mula dilihat apabila aras methadone mencapai di bawah 20mg/hari, dengan tanda puncak berlaku 2 hingga 3 hari selepas pemberhentian methadone.
 - vi. Proses menghapuskan gejala tarikan berlaku dengan perlahan dengan kajian melaporkan bahawa skor tarikan hanya akan menurun di bawah aras asas selepas 10 hingga 20 hari pemberhentian methadone, bergantung kepada tempoh masa penurunan methadone.

- vii. Pemberhentian methadone secara mendadak boleh dipertimbangkan pada dos 40mg/hari dengan menggunakan clonidine dan ubat simptomatik bagi menangani tanda dan gejala tarikan.
- viii. Clonidine tidak memberikan sebarang faedah tambahan semasa regim penurunan dos methadone disebabkan oleh kesan sampingan hipotensi yang dilaporkan kerap berlaku. Clonidine bagaimana pun boleh diberikan selepas pemberhentian methadone.

10.0 PROSEDUR RAWATAN METHADONE DALAM KEADAAN TERTENTU

10.1 Pengendalian Rawatan Methadone Semasa Bulan Ramadan

- 10.1.1 Pesakit yang berpuasa masih perlu mengambil rawatan methadone setiap hari dalam bulan Ramadan dengan diberikan dos bawa balik.
- 10.1.2 Pada setiap 30 Syaaban iaitu sehari sebelum bulan Ramadan, pesakit akan;
 - i) diberikan satu (1) dos DOT dan;
 - ii) dibekalkan satu (1) DBB ubat methadone untuk diminum semasa sahur pada keesokan harinya (1 Ramadan).
- 10.1.3 Pesakit akan hadir ke pusat rawatan pada waktu siang hari untuk mendapatkan bekalan dos bawa balik methadone untuk hari berikutnya (diminum pada waktu sahur). Pengaturan ini akan berterusan sehingga berakhir bulan ramadan.
- 10.1.4 Sekiranya pesakit mengubah masa pengambilan methadone ke waktu berbuka puasa, pesakit dikehendaki mengambil dos methadone pada waktu berbuka puasa sahaja sehingga berakhir bulan ramadhan.
- 10.1.5 Dos bawa balik hanya boleh diberikan kepada pesakit yang stabil.
- 10.1.6 Bagi pendispensan methadone untuk pesakit yang berpuasa di penjara yang berpuasa semasa bulan Ramadan, DBB akan disimpan oleh Penolong Pegawai Farmasi / Penolong Pegawai Perubatan / *Medical Orderly*.
- 10.1.7 Bagi pendispensan methadone untuk pesakit yang berpuasa di lokap yang berpuasa semasa bulan Ramadan, DBB akan disimpan oleh Ketua Balai.

Carta alir pendispensan methadone di bulan Ramadan adalah seperti di Lampiran 14.

10.2 Pengendalian Rawatan Methadone Di Lokap

- 10.2.1 Pendispensan methadone di lokap dilihat sebagai satu keperluan dan perlaksanaan selaras dengan kewajiban Kementerian Kesihatan untuk memastikan kesinambungan rawatan pesakit dan pematuhan ke atas hak asasi individu itu sendiri.
- 10.2.2 Lokap telah diluluskan oleh Ketua Pengarah Kesihatan sebagai salah sebuah pusat pendispensan methadone melalui surat KPK, Bil (46) dlm. KKM-171/BKP/ 07/32/ 0475Jld.2 bertarikh 5 November 2012. Kelulusan ini adalah sebagaimana yang termaktub di bawah Peraturan – Peraturan Racun (Bahan-Bahan Psikotropik) 1989.
- 10.2.3 Pendipensanan methadone kepada orang kena tahan (OKT) di lokap hanya boleh dilaksanakan selepas;
 - i) Mendapat notifikasi / pemberitahuan dari pegawai yang menjaga balai polis di mana OKT tersebut di tahan, dan
 - ii) Pengamal perubatan telah menjalankan pemeriksaan fizikal ke atas OKT tersebut dan memberikan arahan pendispensan

Sila rujuk Bab 2 Garis Panduan Pendispensan Methadone Di Lokap untuk butiran terperinci prosedur berkenaan.

10.3 Pengendalian Rawatan Methadone Semasa Berada Di Luar Negara Termasuk Umrah

- 10.3.1 Pesakit hendaklah memaklumkan pengamal perubatan dan pegawai farmasi sebulan lebih awal sebelum tarikh ke luar negara.
- 10.3.2 Pengamal perubatan yang merawat di fasiliti rawatan perlu menyediakan surat pengesahan doktor / pengamal perubatan (dalam bahasa Inggeris) untuk diserahkan kepada pegawai farmasi. Contoh surat seperti di Lampiran 15.
- 10.3.3 Pegawai Farmasi akan;
 - i) Melengkapkan Borang Methadone : Overseas *Travel Request* (Lampiran 16)
 - ii) Mendapatkan dokumen sokongan iaitu salinan passport dan salinan tiket perjalanan atau surat pengistiharan perjalanan oleh pesakit (sekiranya tidak menaiki kenderaan awam) serta dokumen pengesahan lain yang bersesuaian.
 - iii) Menghantar borang serta dokumen yang lengkap ke Bahagian Amalan dan Perkembangan Farmasi, Bahagian Perkhidmatan Farmasi (BPF), KKM.

- 10.3.4 Bahagian Amalan dan Perkembangan Farmasi, BPF KKM akan membuat semakan dan memajukan permohonan yang lengkap kepada Bahagian Penguatkuasaan Farmasi, KKM.
- 10.3.5 Bahagian Penguatkuasaan Farmasi KKM akan,
- i. berurusan dengan Pihak Berkuasa Berwibawa negara yang akan dilawati untuk mendapatkan maklumat prosedur membawa masuk methadone.
 - ii. mengeluarkan *Methadone Posession Authorisation Letter* kepada Pihak Berkuasa Berwibawa negara yang akan dilawati (contoh surat seperti di Lampiran 17).
 - iii. Menghantar salinan *Methadone Posession Authorisation Letter* tersebut kepada fasiliti rawatan yang berkenaan untuk diserahkan kepada pesakit.
- 10.3.6 Dos methadone akan dibekalkan dalam bentuk yang telah dicairkan mengikut tempoh ke luar Negara. Jika tempoh lawatan pesakit melebihi satu (1) bulan, pesakit perlu berbincang dengan pengamal perubatan untuk rawatan alternatif.
- 10.3.7 Penyediaan bekalan sirap methadone:
- i. Bekalan secara unit dos.
 - Tempoh lawatan ≤ 1 minggu: dalam kepekatan DBB
 - Tempoh lawatan > 1 minggu: dalam kepekatan asal. Pesakit perlu diberi maklumat pencairan sirap methadone yang sewajarnya secara bertulis.
 - ii. Pembekalan menggunakan botol yang bersesuaian dan setiap botol dilabelkan dengan label yang telah ditetapkan.
- 10.3.8 Pesakit hendaklah;
- i. membawa surat *Methadone Posession Authorisation Letter* dan surat pengesahan doktor ke dalam kabin kapal terbang manakala stok methadone hendaklah dibawa di dalam bagasi yang didaftar masuk.
 - ii. mengisyiharkan stok methadone iaitu sejenis bahan psikotropik/narkotik yang dibawa sekiranya dikehendaki untuk berbuat demikian oleh negara yang dilawati.
- 10.3.9 Sekiranya terdapat sebarang masalah semasa perjalanan pesakit ke luar Negara, fasiliti asal pesakit hendaklah menghantar Borang Maklumbalas Pembekalan Sirap Methadone Kepada Pesakit Ke Luar Negara kepada Bahagian Amalan dan Perkembangan Farmasi, Bahagian Perkhidmatan Farmasi, KKM

10.4 Pengendalian Rawatan Methadone Bagi Pesakit Menunaikan Haji

10.4.1 Pengendalian Sebelum Mengerjakan Haji (Di Malaysia)

- i. Pesakit perlu memaklumkan kepada pengamal perubatan setelah mendapat tawaran daripada tabung haji secepat mungkin.
- ii. Pesakit hendaklah memaklumkan kepada pengamal perubatan mengenai rawatan methadone mereka semasa membuat pemeriksaan saringan haji.
- iii. Status kesihatan dan rawatan methadone pesakit hendaklah dicatatkan di dalam buku kesihatan jemaah haji milik pesakit.
- iv. Fasiliti akan menyediakan dokumen berikut;
 - a. Pengamal Perubatan menyediakan dan melengkapkan;
 - Surat pengesahan rawatan (dalam Bahasa Inggeris)
 - Rekod pendispensan methadone (haji) Lampiran 18. Sesalinan rekod akan diberikan kepada Jemaah / haji
 - b. Pegawai Farmasi akan mengisi borang *Methadone : Overseas Travel Request Form*
- v. Borang dan dokumen yang lengkap perlu dihantar ke Bahagian Amalan dan Perkembangan Farmasi, BPF, KKM.
- vi. Dalam keadaan tertentu, pengamal perubatan boleh menukar methadone kepada buprenorphine sepanjang tempoh haji di mana kos buprenorphine ditanggung oleh pesakit / jemaah haji berkenaan.
- vii. Pegawai Farmasi perlu menyerahkan Rekod Pendispensan Methadone (Haji) kepada pesakit dan sesalinan rekod berkenaan Bahagian Perkhidmatan Farmasi KKM.

10.4.2 Pengendalian Semasa Dalam Perjalanan

- i) Sebanyak tiga (3) unit dos bawa balik (DBB) boleh dibekalkan semasa dalam perjalanan ke Lembaga Tabung Haji (LTH) dan menunggu penerbangan ke tanah suci
- ii) Sebanyak tiga (3) lagi dos bawa balik (DBB) dibekalkan di mana
 - a. Satu (1) unit dos bawa balik (DBB) semasa dalam penerbangan
 - b. Dua (2) unit dos bawa balik (DBB) semasa perjalanan dan ketibaan di tempat penginapan di tanah suci.

10.4.3 Pengendalian Semasa Di Tanah Suci (Madinah/Mekah)

- i) Pesakit perlu berhubung dengan klinik maktab/zon sebaik sahaja sampai di tanah suci (Madinah ataupun Mekah).
- ii) Pemberian dos bawa balik boleh dipertimbangkan terutamanya semasa wuquf di Arafah dan bermalam di Muzdalifah serta Mina dengan dengan tempoh maksima selama tujuh hari.

10.5 Pengendalian Rawatan Methadone Nelayan Laut Dalam

- 10.5.1 Sepanjang tempoh induksi, nelayan perlu hadir ke klinik sehingga stabil atau induksi di mulakan semasa musim tengkujuh di mana majoriti nelayan tidak ke laut.
- 10.5.2 Adalah penting bagi dos methadone diberikan secara DOT, walau bagaimana pun bagi nelayan laut dalam, pengamal perubatan boleh menggunakan budi bicara untuk membenarkan DBB selama 4 hingga 14 hari kepada mereka yang stabil dan memenuhi syarat-syarat.
- 10.5.3 DBB selama 4 hingga 14 hari kepada mereka yang stabil dan memenuhi syarat-syarat untuk DBB melalui penilaian menggunakan *checklist Assessment of Patient's Stability for Take Away Dose*.
- 10.5.4 Penggunaan buku log atau kad boleh digunakan bagi tujuan pengesahan bahawa pesakit turun ke laut dalam tempoh yang dinyatakan dan juga untuk pemantauan pengambilan ubat methadone.

Sila rujuk Bab 3 Garis Panduan Pendispensan Methadone Nelayan Laut Dalam untuk butiran terperinci prosedur berkenaan.

10.6 Pengendalian Semua Pesakit Methadone Yang Dimasukkan Ke Dalam Wad

- 10.6.1 Pesakit methadone yang dimasuk ke wad akan diperiksa/dinilai oleh Pakar Psikiatrik/Pegawai Perubatan.
- 10.6.2 Penilaian meliputi;
 - i) Sejarah rawatan methadone – tempat rawatan, dos semasa, tarikh akhir dos diminum
 - ii) Sejarah penggunaan dadah lain
 - iii) Pemeriksaan fizikal – kenalpasti tanda intoksikasi, sindrom tarikan (withdrawal) atau terlebih dos (overdose)

- iv) Kenalpasti pesakit berisiko tinggi untuk meneruskan rawatan methadone seperti hepatitis akut, *respiratory distress* dan pesakit yang menerima ubat analgesik jenis opiat.
- 10.6.3 Pegawai Farmasi mengesahkan maklumat rawatan methadone pesakit (Borang Maklumat Pesakit Rawatan Terapi Gantian di Wad)
- 10.6.4 Pakar psikiatri/Pegawai perubatan akan memulakan rawatan methadone berdasarkan penilaian yang telah dilakukan dan mempreskrib pada carta pengubatan pesakit dalam.
- 10.6.5 Farmasi akan membekalkan dos methadone secara harian kepada pesakit.
- 10.6.6 Sewaktu discaj, pastikan kesinambungan rawatan methadone pesakit:
 - i) Pengamal Perubatan mengeluarkan surat rujukan
 - ii) Pegawai Farmasi memaklumkan fasiliti rawatan methadone asal

10.7 Pengendalian Rawatan Methadone Semasa Dalam Keadaan Intoksikasi

- 10.7.1 Pendispensan Methadone perlu ditangguh dan dirujuk kepada Pegawai Perubatan untuk penilaian lanjut.
- 10.7.2 Pegawai Perubatan perlu mendapatkan pandangan Pakar berhubung kesesuaian pemberian dos yang selamat.

10.8 Pengendalian Overdos Methadone

- 10.8.1 Lebih daripada 90% daripada kematian semasa stabilisasi rawatan methadone melibatkan dadah lain
- 10.8.2 Pelanggan perlu diberi amaran mengenai risiko yang dikaitkan dengan penggunaan dadah lain dengan methadone
- 10.8.3 Kematian selepas induksi methadone sering berlaku di rumah semasa tidur
- 10.8.4 Berjam-jam selepas kepekatan puncak telah berlaku
- 10.8.5 Berlaku sekitar hari ketiga atau keempat induksi methadone
- 10.8.6 Gejala dan tanda;
 - *Pinpoint pupils*
 - Loya
 - Pening
 - Berdengkur
 - *Hypotension*
 - nadi perlahan (*bradycardia*)

- Perasaan mabuk (*Feeling intoxicated*)
- sedasi / mengangguk-angguk (*sedation / nodding off*)
- gaya berjalan tak mantap, pertuturan tidak jelas (*Unsteady gait, slurred speech*)
- cetek pernafasan (*Hypoventilation*)
- berbuih di mulut (*Pulmonary Edema*)
- koma

*** Gejala boleh bertahan selama 24 jam atau lebih. Kematian biasanya berlaku akibat depresi pernafasan.

10.8.7 Berhubung kait dengan;

- i. Penggunaan dadah lain (iaitu sedatif seperti alkohol dan benzodiazepines)
- ii. Penilaian toleransi yang tidak lengkap
- iii. Permulaan dos yang terlalu tinggi
- iv. Kurang persefahaman berkenaan kesan terkumpul
- v. pemerhatian dan pengawasan dos yang tidak mencukupi
- vi. variasi metabolisme methadone pada setiap individu

Methadone Overdose: Emergency Department Management

Clinical features:

Methadone acts for at least 24 hours, much longer than other opioids.

Symptoms begin up to 10 hours after the overdose. Early symptoms include nodding off, drowsiness, slurred speech and emotional lability. Respiratory depression occurs later.

Monitoring:

- *check frequently for vital signs,*
- *check O2 sat, and*
- *hold a brief conversation to assess alertness.*
- *ECG & cardiac monitoring are recommended to check for prolonged QT interval and ventricular arrhythmias.*

Intubation:

This avoids risks of naloxone-induced withdrawal.

Intubation is necessary if

- *RR < 12; hypercapnea; desaturation persists despite supplemental oxygen*
- *Patient fails to respond to naloxone within 2 min*

Naloxone dosing:

- *If the patient has respiratory depression, give 2.0 mg naloxone i.v.*
- *If no respiratory depression, give 0.01 mg/kg body weight to avoid precipitating withdrawal.*

- If no response after initial dose, repeat naloxone 2–4 mg every 2–3 min. If there is no response after 10–20 mg naloxone, search for other causes of the coma.
- If the patient responds to naloxone, infuse at 2/3 the effective dose per hour.
- Give a bolus of 1/2 the effective dose 15–20 min after starting infusion.
- Titrate the dose to avoid withdrawal, while maintaining adequate non-assisted respirations.

Precautions:

Ventricular dysrhythmias and cardiac arrest can occur with naloxone-induced withdrawal, especially if patients are withdrawing from other substances. The patient may become agitated and leave AMA. Intubation avoids these risks.

Time intervals for monitoring suspected methadone overdose:

- Observe for at least 10 hours post-overdose.
- Discharge if completely asymptomatic during that time.
- If symptomatic at any time during the 10 hours, observe for at least 24 hours post-overdose.
- If intubated or on naloxone, continue for at least 24 hours post-overdose.
- Monitor for at least 6 hours after naloxone or intubation discontinued.

10.9 Pengendalian ‘Split-Dose’

- 10.9.1 Digunakan hanya untuk kes methadone dengan dos yang tinggi akibat kesan interaksi ubatan (contoh: ARV, anti-TB)
- 10.9.2 Pemberian secara ‘split-dose’ hanya boleh dimulakan oleh pakar perubatan dan mesti dipreskrib dengan jelas dos yang diperlukan oleh pesakit (contoh: Syrup Methadone 90mg OM , 60mg ON)
- 10.9.3 Pemberian split-dose bagi dos pagi dan dos petang perlu dibekalkan dalam 2 unit dos (2 botol yang berasingan).
- 10.9.4 Pesakit dengan dos methadone yang tinggi boleh dipertimbangkan untuk rawatan Buprenorphine-Naloxone
- 10.9.5 Dos permulaan ‘split-dose’ perlu diambil secara DOTS dan dipantau setiap hari sekurang-kurangnya untuk tempoh seminggu bagi memastikan pesakit mendapat dos terapeutik
- 10.9.6 Sebarang kenaikan dos bagi kes pesakit yang memerlukan ‘split-dose’, pesakit akan dilakukan pendispensan secara DOT sekurang-kurangnya selama 3 hari bagi memastikan pesakit mendapat dos terapeutik.

10.10 Pengurusan Pesakit Dengan Kebergantungan Opiat di Dalam Wad

- 10.10.1 Pesakit Dengan Kebergantungan Opiat di Dalam Wad dan Tidak Berminat Untuk Rawatan Methadone

Pesakit hanya akan diberikan rawatan simptomatik sahaja.

- 10.10.2 Pesakit Dengan Kebergantungan Opiat di Dalam Wad dan Berminat Untuk Rawatan Methadone

- i) Pakar Psikiatri / Pegawai perubatan terlatih boleh memulakan rawatan methadone selepas membuat pemeriksaan / penilaian.
- ii) Pesakit didaftarkan untuk rawatan methadone di hospital di mana pesakit mendapat rawatan bagi membolehkan rawatan methadone diberikan.
- iii) Pengamal perubatan yang mempreskripsi methadone adalah bertanggungjawab ke atas rawatan methadone yang diberikan dan perlu mematuhi polisi rawatan methadone yang telah digariskan (rujuk perkara 4.0). Pesakit hendaklah memenuhi kriteria kelayakan rawatan methadone (rujuk perkara 5.0) dan perlu dapat mematuhi syarat-syarat yang telah ditetapkan (rujuk perkara 6.0)
- iv) Pelan rawatan selepas keluar hospital (*discharge plan*) yang jelas dan kesinambungan rawatan hendaklah disediakan bagi memastikan bagi mengelakkan risiko keciciran atau putus rawatan.
- v) Sewaktu discaj, pengamal perubatan hendaklah memaklumkan fasiliti rawatan methadone yang akan meneruskan rawatan methadone pesakit dan mengeluarkan surat rujukan.
- vi) Pesakit akan didaftarkan di fasiliti rawatan methadone yang dirujuk.

10.11 Pengurusan Pesakit Dengan Tingkahlaku Sukar / Bermasalah

- 10.11.1 Dalam menjalankan rawatan methadone, tidak dinafikan terdapat beberapa pelanggan / pesakit yang mempamerkan tingkah laku yang sukar seperti mengeluarkan kata – kata kesat, berkelakuan ganas (secara fizikal), menimbulkan kacau ganggu dan gangguan seksual serta bersikap manipulatif. Penyedia perkhidmatan perlu yang dilengkapi dalam kemahiran untuk mengendalikan pelanggan yang sukar / bermasalah.

10.11.2 Bagi menangani isu ini, keperluan perkhidmatan dilengkapi dengan kemahiran dalam pengendalian pelanggan sukar / bermasalah. Panduan atau pendekatan berikut perlu diambil perhatian;

- i. Semasa pendaftaran, pesakit hendaklah dimaklumkan dengan jelas tentang peraturan program dan tingkah laku yang boleh diterima bagi memudahkan program rawatan (Perkara 6.0) (ini termasuk peraturan klinik tambahan)
- ii. Sepanjang program, tingkah laku pesakit perlu dipantau dan intervensi bersesuaian perlu dilakukan (mengenal pasti tingkah laku yang berisiko tinggi dan *team based intervention* (eg: berhubung dengan pesakit secara positif dan mewujudkan perkongsian teraputik)
- iii. Apabila pesakit menunjukkan tingkah laku yang tidak boleh diterima, pasukan petugas methadone hendaklah melaporkan kepada pengamal perubatan yang bertanggungjawab dengan segera dan tindakan / intervensi sewajarnya perlu dilaksanakan dengan segera.
- iv. Penilaian terperinci ke atas pelanggan / pesakit mengenai tingkah laku yang sukar/bermasalah dan pematuhan ke atas program rawatan perlu dilakukan dengan segera (*debriefing*, menetapkan matlamat yang boleh diterima dan pemantauan berterusan untuk jangka masa tertentu (1-2 bulan))
- v. Pasukan petugas methadone (melalui mesyuarat berkala dan presentasi kes) akan membuat keputusan mengenai cara untuk mengatasi tingkah laku tersebut (berdasarkan intervensi ringkas menggunakan FRAMES).
- vi. Satu maklumbalas dan penerangan ringkas akibat daripada tingkah laku itu akan diberikan kepada pesakit (berdasarkan intervensi ringkas menggunakan FRAMES). Ini adalah untuk membantu mewujudkan satu platform asas dalam menetapkan tingkah laku yang boleh diterima atau matlamat serta pelan tindakan.
- vii. Tingkah laku ini akan dipantau dan pelan tindakan akan dilaksanakan seperti yang dipersetujui. Sebagai tambahan, kontrak (permahaman) boleh disediakan untuk membuat penetapan had tingkah laku yang tidak diingini (berdasarkan pengurusan tingkah laku)
- viii. Pesakit tertentu mungkin perlu dipindahkan ke fasiliti rawatan lain terutamanya jika pesakit tidak dapat menyesuaikan diri dengan petugas atau pesakit lain atau terdapat fasiliti tertentu yang mempunyai kemahiran untuk menangani pesakit sedemikian.

- ix. Pemberhentian pesakit daripada program rawatan boleh dipertimbangkan sebagai langkah terakhir (berdasarkan kepada perkara 5.3) dan kaedah rawatan lain boleh ditawarkan selepas pemberhentian rawatan seperti pemulihan di bawah AADK.

11.0 TATACARA PENDISPENSAN RAWATAN METHADONE

Pendispensan methadone adalah tertakluk kepada Akta Racun 1952 dan Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989.

Pengamal Perubatan / Pegawai Farmasi / Penolong Pegawai Farmasi Diiktiraf sahaja yang boleh menjalankan proses pendispensan methadone.

Pendispensan adalah secara harian dan melalui *Direct Observe Therapy* (DOT) dalam bentuk cecair berkepekatan rendah.

Fasiliti swasta perlu memberi bukti pembekalan methadone (contoh: resit pembelian, surat pengesahan bekalan dll.) kepada pesakit methadone KKM yang datang membeli di fasiliti berkenaan bagi memudahkan pengendalian pesakit tersebut di fasiliti KKM.

WAKTU PENDISPENSAN DI FASILITI KERAJAAN

Pendispensan methadone akan dilakukan pada jam 8.00 pagi sehingga jam 5.00 petang pada setiap hari bekerja melalui perkhidmatan berikut:

- a) Perkhidmatan Farmasi methadone yang dibuka mengikut kesesuaian masa operasi di fasiliti methadone masing-masing.
- b) Perkhidmatan Farmasi Methadone 1Malaysia (M1M) (8.00 pagi – 5.00 petang)

11.1 Keperluan Preskripsi Rawatan Methadone

11.1.1 Skop Preskripsi

Preskripsi yang khusus hanya digunakan untuk rawatan methadone KKM (Rujuk Lampiran 19 – Preskripsi Methadone) dan Preskripsi untuk ubat - ubatan lain perlu menggunakan format preskripsi sedia ada. Bagi fasiliti methadone swasta, pengamal perubatan perlu mempreskripsi rawatan dalam rekod pesakit.

11.1.2 Preskripsi mestilah mengandungi perkara berikut untuk di:

- i. Nombor siri preskripsi
- ii. Nama penuh dan umur pesakit
- iii. Alamat lengkap pesakit.

- iv. Dos methadone dipreskrib, kekerapan dos dan jangkamasa preskripsi
- v. Nama penuh preskriber
- vi. Tandatangan preskriber
- vii. Tarikh preskripsi dikeluarkan
- viii. Alamat dan nombor telefon pusat rawatan
- ix. Arahan DBB sekiranya memenuhi kriteria DBB

- 11.1.3 Preskripsi yang tidak memenuhi keperluan 11.5.2 adalah didefinisikan sebagai preskripsi tidak sah dan pegawai farmasi hendaklah mengambil tindakan perlu bagi memastikan preskripsi tersebut dilengkapkan. Pendispensan tidak boleh dilakukan tanpa preskripsi yang sah.
- 11.1.4 Preskripsi asal mestilah disemak dengan fail pesakit/ fail preskripsi pesakit (yang mempunyai gambar terkini pesakit) bagi mengesahkan identiti pesakit.
- 11.1.5 Preskripsi perlu disimpan di fasiliti rawatan. Sekiranya pesakit berpindah ke fasiliti rawatan baru, preskripsi baru akan dikeluarkan oleh fasiliti rawatan yang baru.
- 11.1.6 Tempoh maksima untuk jangkamasa preskripsi methadone adalah selama tiga (3) bulan dan hendaklah diperbaharui bersekali dengan penilaian oleh pengamal perubatan.

CATATAN : Preskripsi asal yang telah habis digunakan hendaklah difailkan berasingan untuk semakan Pegawai Penguatkuasa Farmasi bila perlu.

11.2 Perolehan Dan Bekalan Methadone

- 11.2.1 Proses perolehan ubat methadone hendaklah dilakukan oleh pegawai farmasi atau pengamal perubatan yang mempunyai Permit Membeli dan Mengguna Bahan Psikotropik. Pegawai farmasi boleh membeli bagi tujuan kegunaan fasiliti atau membuat bekalan kepada fasiliti yang sah manakala pengamal perubatan hanya boleh membeli untuk kegunaan rawatan pesakit di fasiliti mereka sendiri.
- 11.2.2 Proses perolehan dan bekalan methadone adalah tertakluk kepada arahan kewangan KKM dan lain-lain garis panduan semasa.

- 11.2.3 Pembekalan kepada fasiliti swasta perlu mematuhi keperluan di dalam Permit Membeli dan Mengguna Bahan Psikotropik (Methadone dan Buprenorphine)

11.3 Penstoran (Peringkat Pusat Rawatan)

- 11.3.1 Bilik dan tempat penyimpanan ubat perlu mematuhi segala ciri keselamatan bagi mengelakkan kehilangan / kecurian. Penyimpanan haruslah mengikut Akta Racun 1952 dan Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989 dan garis panduan Amalan Penstoran Baik (*GSP-Good Storage Practice*).
- 11.3.2 Kakitangan yang tidak berkenaan di larang masuk ke stor penyimpanan ubat.
- 11.3.3 Penyimpanan stok ubat methadone hanya boleh diuruskan oleh pengamal perubatan / pegawai farmasi.
- 11.3.4 Ubat methadone hendaklah disimpan dalam kabinet yang berkunci dan selamat di tempat berasingan dari ubat lain pada suhu bilik (bawah 25°C).
- 11.3.5 Penyimpanan stok sirap methadone di fasiliti rawatan adalah tidak digalakkan melebihi satu bulan pada setiap masa manakala di peringkat stor pusat boleh menyimpan sebanyak tiga (3) bulan stok mengikut kemampuan tempat penyimpanan.
- 11.3.6 Kunci kepada tempat penyimpanan ubat methadone hendaklah disimpan di tempat yang selamat dan pergerakan kunci tersebut perlu direkod.

11.4 Pendispensan

- 11.4.1 Methadone hendaklah didispens dalam bentuk cecair berkepekatan rendah oleh pengamal perubatan atau pegawai farmasi atau penolong pegawai farmasi diiktiraf.
- 11.4.2 Bagi pendispensan secara DOT, ubat methadone hendaklah dicairkan sehingga ke 30ml atau lebih dan dipastikan ditelan dengan sempurna oleh pesakit.

- 11.4.3 Pengamal perubatan/pegawai farmasi yang mendispens perlu mengambil langkah-langkah perlu bagi memastikan dos methadone ditelan dengan sempurna oleh pesakit tanpa risiko pemesongan.
- 11.4.4 Bagi pendispensan secara Dos Bawa Balik, dos methadone hendaklah dicairkan seperti berikut :
- i. dos methadone \leq 25 mg cairkan sehingga 30 ml,
 - ii. dos methadone $>$ 25 mg cairkan sehingga 50ml atau lebih.
- 11.4.5 Serahkan DBB kepada pesakit. Dalam keadaan dimana pesakit hadir bersama penjaga, DBB digalakkan untuk diserah kepada penjaga.
- 11.4.6 Pendispensan methadone hanya akan dilakukan dengan kehadiran sekurang-kurangnya seorang anggota lain di fasiliti rawatan methadone tersebut.

Proses kerja dan carta alir bagi pendispensan methadone adalah dinyatakan dalam Lampiran 20_CA dan 20_PK.

11.5 Keperluan Pelabelan DBB Dan Dos Pre-Prepared (bawah perkara 11 tatacara pendispensan)

Keperluan pelabelan berdasarkan Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989, Akta Racun 1952

- i. Perlu terdapat arahan “Jauhi dari kanak-kanak” pada label.
- ii. ‘Perlu diambil / ditelan oleh penama yang tercatat pada label di atas pada hari yang telah dinyatakan’.
- iii. Dibekal dalam botol yang bersesuaian.
- iv. Setiap dos harian mesti dibekal dalam bekas berasingan dan dilabel lengkap dengan butiran yang diperlukan seperti berikut:
 - a. Nama dan alamat penuh klinik
 - b. Nama pesakit
 - c. Arahan pengambilan ubat
 - d. Tarikh pembekalan bahan psikotropik
 - e. Nama dan kekuatan ubat bahan psikotropik

Contoh Label Methadone adalah seperti di Lampiran 21

11.6 Perekodan Bahan Psikotropik

- 11.6.1 Pengamal perubatan/pegawai farmasi hendaklah merekod semua bekalan methadone yang diterima dan methadone yang didispens di dalam Daftar Preskripsi Untuk Bahan Psikotropik (Methadone).
- 11.6.2 Daftar hendaklah dibuat mengikut setiap jenis sediaan methadone yang disimpan.
- 11.6.3 Rekod mestilah mengikut susunan tarikh tanpa ada ruang kosong di antara rekod bagi mengelakkan pengubahsuaian rekod
- 11.6.4 Setiap transaksi methadone mestilah dilakukan pada hari yang sama.
- 11.6.5 Daftar Preskripsi Untuk Bahan Psikotropik (Methadone) hendaklah dikemaskini dan dilakukan pengesahan kuantiti (*check and found*) pada setiap hari selepas selesai semua urusan pendispensan.
- 11.6.6 Pembatalan dan pindaan boleh dilakukan dengan catatan sewajarnya. (by way of a marginal note or a footnote which must specify the date on which the correction is made)
- 11.6.7 Preskripsi dan Daftar Preskripsi Untuk Bahan Psikotropik hendaklah disimpan di fasiliti rawatan bagi tempoh selama dua (2) tahun dan hendaklah dipastikan boleh disemak oleh Pegawai Penguatkuasa Farmasi pada bila-bila masa.
- 11.6.8 Catatan rekod masuk/penerimaan bekalan hendaklah dilakukan dalam dakwat merah dan rekod pengeluaran / pembekalan dalam dakwat hitam.
- 11.6.9 Pengamal Perubatan / Pegawai Farmasi bertanggungjawab menyemak semua rekod preskripsi, pendispensan dan pembekalan methadone setiap bulan dan memastikan ianya adalah dikemaskini.

Daftar Preskripsi Untuk Bahan Psikotropik (Methadone) adalah seperti di Lampiran 22

11.7 Tatacara Penyimpanan DBB Methadone Oleh Pesakit

- 11.7.1 Pegawai Farmasi/Pengamal Perubatan hendaklah memastikan setiap pesakit yang dibenarkan untuk mendapat DBB diberi penerangan berkala berkaitan aspek penyimpanan DBB methadone dengan selamat.
- 11.7.2 DBB hendaklah disimpan pada suhu bilik, ditempat selamat (cth: laci/almari berkunci/tempat yang tinggi).
- 11.7.3 Jauhi daripada kanak-kanak.
- 11.7.4 Dilarang menyimpan methadone di dalam peti sejuk.
- 11.7.5 Disimpan berasingan daripada ubat-ubatan individu yang lain dan jauhkan daripada makanan/minuman.
- 11.7.6 Pesakit dilarang membuang label pada botol DBB yang dibekalkan
- 11.7.7 Dilarang memindahkan sirap methadone ke bekas yg lain

11.8 Pengendalian Botol Kosong Stok Methadone

- 11.6.1 Botol kosong mestilah dibilas terlebih dahulu sebelum diguna semula atau dibuang untuk mengelakkan penyalahgunaan sisa methadone.
- 11.6.2 Label asal pada botol kosong methadone mestilah dirosakkan (label tidak dalam bentuk asal) sebelum botol tersebut dilupuskan.

11.9 Pengendalian Pendosan Methadone Bagi Pesakit KKM Yang Perlu Ke Luar Kawasan

- 11.9.1 Pesakit hendaklah memaklumkan kepada fasiliti jika perlu ke luar kawasan bagi sebarang urusan.
- 11.9.2 Pegawai Farmasi akan menguruskan pendosan pesakit di fasiliti methadone berhampiran di kawasan urusan pesakit perlu melakukan urusan di luar kawasan secara SPUB-Methadone atau secara Perkhidmatan Farmasi Methadone 1Malaysia (M1M).
- 11.9.3 Bagi perkhidmatan SPUB-Methadone, fasiliti yang dirujuk boleh menilai semula pemberian DBB dan boleh meminta ujian urin dilakukan.

12.0 KAUNSELING

- 12.1 Satu program kaunseling khusus akan dijalani untuk pesakit yang mengikuti program rawatan methadone selain sesi kaunseling sedia ada.
- 12.2 Pesakit mesti menghadiri sesi kaunseling yang disediakan (Lampiran 23).

13.0 PENILAIAN DAN PEMANTAUAN

13.1 Reten

- 13.1.1 Laporan mengenai pelaksanaan program hendaklah dihantar ke pejabat / jabatan berikut pada tarikh telah ditetapkan,

| Penghantaran Laporan Ke; | Hantar Sebelum |
|--|-----------------------|
| • Pejabat Kesihatan Daerah | 5 hb setiap bulan |
| • Jabatan Kesihatan Negeri | 10 hb setiap bulan |
| • Sektor HIV/STI, Bhg Kawalan Penyakit, KKM | 15 hb setiap bulan |

- 13.1.2 Laporan mengenai pelaksanaan program hendaklah dihantar ke pejabat / jabatan berikut pada tarikh telah ditetapkan,
- 13.1.3 Format laporan/reten bulanan adalah seperti Lampiran 24A dan 24B .
- 13.1.4 Penilaian tahap kemajuan pemulihan Pesakit akan dibuat dari semasa ke semasa. Format Penilaian Kemajuan Pesakit adalah merujuk kepada *The Opiate Treatment Index (OTI)*, *Treatment Outcome Profile* (Lampiran 25) dan *WHOQOL-BRIEF*.
- 13.1.5 Segala rekod berkaitan kemajuan pemulihan pesakit hendaklah disimpan di dalam rekod rawatan pesakit dan sentiasa dikemaskini.
- 13.1.6 Bagi kes rujukan klien NSEP untuk rawatan methadone, fasiliti rawatan hendaklah mengemukakan satu salinan surat rujukan kepada Sektor HIV/STI, Bhg Kawalan Penyakit, KKM pada setiap suku tahun.

13.2 Pelaporan Insiden

- 13.2.1 Sebarang kejadian / insiden berkaitan rawatan methadone seperti kematian, kecurian, ancaman samada fizikal atau lisan hendaklah dilaporkan kepada pengamal perubatan yang bertanggungjawab.

- 13.2.2 Laporan hendaklah disediakan dan dikemukakan kepada pegawai yang bertanggungjawab di JKN dan satu salinan ke pegawai yang bertanggungjawab di ibupejabat KKM.
- 13.2.3 Pelaporan insiden ini boleh menggunakan borang pelaporan seperti di lampiran 26.

14.0 PERPINDAHAN PESAKIT YANG MENJALANI RAWATAN METHADONE

- 14.1 Pengamal perubatan yang merawat hendaklah berhubung dengan fasiliti rawatan baru dimana pesakit akan berpindah masuk bagi memaklumkan perpindahan pesakit.
- 14.2 Pengamal perubatan yang merawat hendaklah menyediakan surat rujukan (Lampiran 27) pesakit untuk meneruskan rawatan methadone di fasiliti rawatan baru berserta salinan preskripsi methadone terkini pesakit dan menyerahkannya kepada pesakit.
- 14.3 Fasiliti rawatan yang dirujuk akan memastikan pesakit mendapat dos methadone berdasarkan preskripsi fasiliti merujuk sehingga tarikh rawatan susulan di fasiliti rawatan baru.
- 14.4 Fasiliti rawatan yang merawat hendaklah menghantar salinan rekod kesihatan pesakit / fail rawatan ke fasiliti rawatan baru dalam tempoh seminggu selepas tarikh akhir rawatan susulan pesakit.

LAMPIRAN

| KRITERIA KELAYAKAN (<i>INCLUSION</i>) DAN TIDAK LAYAK (<i>EXCLUSION</i>) |
|--|
|--|

Sila tandakan (✓) pada kriteria yang berkenaan

(A) Kriteria Layak (Inclusion) Mengikuti Program Rawatan Rawatan methadone

- Penagihan utama adalah dadah jenis opiat
- Pergantungan / penagihan dadah mesti disahkan dan tempoh penagihan opiate hendaklah sekurang-kurangnya setahun
- Pesakit secara sukarela mengikut program ini
- Pesakit mesti mematuhi semua peraturan dan prosedur yang ditetapkan

Sila tandakan (✓) pada kriteria yang berkenaan

(B) Kriteria Tidak Layak (Exclusion) Mengikuti Program Rawatan Rawatan methadone

- Penagihan utama adalah dadah bukan opiat
- Penagihan opiat kurang dari 1 tahun (pengamal perubatan berdaftar perlu mendapatkan konsultasi Pakar Psikiatri / Pakar Perubatan Keluarga bagi memulakan rawatan kepada pesakit sekiranya keadaan memerlukan)
- Pesakit mempunyai kegagalan hepatic yang teruk (*clinically decompensated liver disease*)
- Pesakit mempunyai sejarah hipersensitif kepada methadone
- Pesakit mempunyai penyakit mental **tidak terkawal** (rujuk pesakit untuk nasihat pakar)

Nota: Kriteria di atas boleh disemak semula oleh Pakar Psikiatri / Pakar Perubatan Keluarga

KONTRAK PERSETUJUAN PESAKIT

Nama Pesakit : No KP :

Nama Pusat Rawatan : No ID Pesakit :

Saya (Nama Pesakit) bersetuju untuk menyertai Rawatan Rawatan methadone Kementerian Kesihatan Malaysia dan akan mematuhi syarat-syarat berikut :-

1. Saya akan memberi sepenuh kerjasama terhadap program ini dan mematuhi segala peraturan yang telah ditetapkan.
2. Saya bersedia untuk menjalani ujian air kencing apabila diminta.
3. Saya akan menghadiri rawatan Methadone di hospital atau klinik setiap hari sehingga saya betul – betul stabil.
4. Dos yang dibenar bawa balik hanya akan diberikan setelah saya benar-benar stabil dan di bawah kawalan serta memenuhi kriteria yang diberikan sebagaimana yang dipersetujui oleh doktor.
5. Saya akan menghadiri sesi kaunseling seperti yang dijadualkan.
6. Saya akan selalu berkelaluan baik dan tidak akan berkelaluan yang boleh mengganggu atau mendatangkan sebarang kecederaan kepada mana – mana orang samada dari segi fizikal, emosi atau mental.
7. Saya tidak akan mengeluarkan kata-kata kesat atau cercaan kepada mana-mana pihak.
8. Saya tidak akan menjalankan sebarang aktiviti atau kegiatan mengedor, menjual, membeli atau memiliki dan menggunakan sebarang jenis dadah yang dilarang.
9. Saya faham dan saya berikrar akan mematuhi semua perkara di atas sepanjang masa. Kegagalan saya berbuat demikian boleh menyebabkan saya diberhentikan dari menjalani program ini.

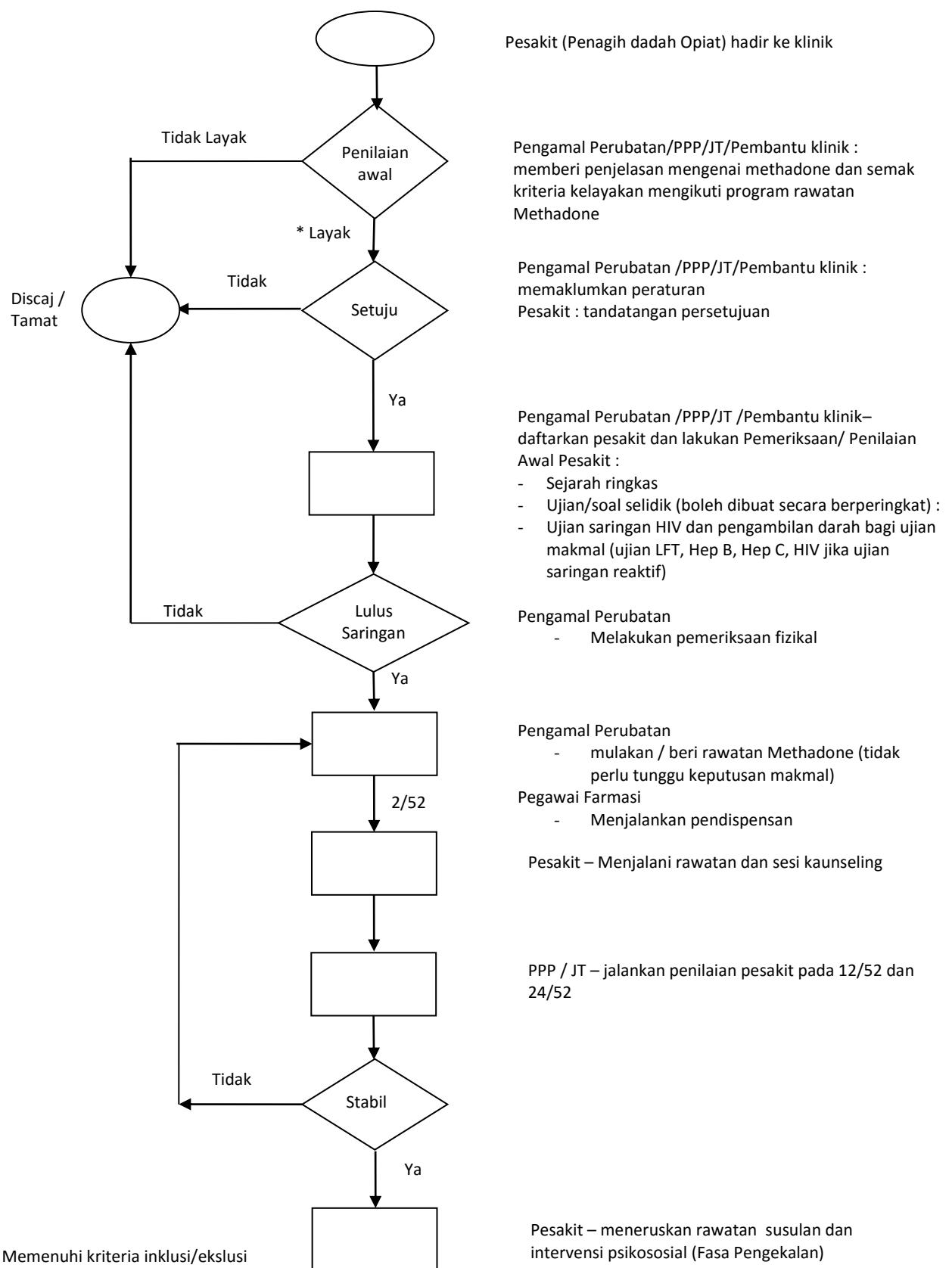
(Tandatangan Pesakit)

Tarikh

(Tandatangan Saksi)

Tarikh

CARTA ALIRAN PROSEDUR RAWATAN METHADONE KERAJAAN



| MAKLUMAT PERIBADI PESAKIT | |
|---------------------------|---|
| | |
| 1. | Nama : <input type="text" value=""/> |
| 2. | No. KP. (Baru) : <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> |
| | (Lama) : <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| 3. | No. ID Pesakit : <input type="text" value=""/> |
| 4. | Tarikh Lahir : <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> |
| 5. | Tel (Rumah) : <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| 6. | Tel (Pejabat) : <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| 7. | No. Tel Bimbit : <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |
| 8. | Bangsa : _____ |
| 9. | Alamat Rumah Pesakit |
| (a) | Jalan / Taman / Kampung : _____ |
| (b) | Daerah / Bandar : _____ |
| (c) | Poskod : <input type="text" value=""/> |
| (d) | Negeri : _____ |
| 10. | Alamat Tempat Kerja |
| (a) | Jalan / Taman / Kampung : _____ |
| (b) | Daerah / Bandar : _____ |
| (c) | Poskod : <input type="text" value=""/> |
| (d) | Negeri : _____ |
| 11. | Maklumat Waris |
| (a) | Nama : _____ |
| (b) | Hubungan : _____ |
| (c) | Alamat waris : _____ |
| (d) | No. Tel : <input type="text" value=""/> - <input type="text" value=""/> <input type="text" value=""/> |

MAKLUMAT PERIBADI PESAKIT - HELAIAN KE 2

| 12. | a) Umur mula menagih : _____ tahun | | | |
|---|---|---|-----------------|--|
| b) Tempoh menagih : _____ tahun | | | | |
| c) Sebab utama menagih | | | | |
| <input type="checkbox"/> Pengaruh kawan | | | | |
| <input type="checkbox"/> Ingin mencuba | | | | |
| <input type="checkbox"/> Tekanan perasaan | | | | |
| <input type="checkbox"/> Masalah keluarga | | | | |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain nyatakan : _____ | | | | |
| 13. Jenis dadah yang diambil dan tempoh masa (boleh ✓ lebih dari satu): | | | | |
| | | Tempoh | Tempoh Suntikan | |
| <input type="checkbox"/> Heroin | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | | |
| <input type="checkbox"/> Morphine | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | | |
| <input type="checkbox"/> Ganja (Cannabis) | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | | |
| <input type="checkbox"/> ATS (cth: Syabu, Estasi) | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | | |
| <input type="checkbox"/> Benzodiazephine (cth: Domicum) | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | | |
| <input type="checkbox"/> Codeine | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | | | |
| <input type="checkbox"/> Hidu gam | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | | | |
| <input type="checkbox"/> LSD / Hallusinogen | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | | | |
| <input type="checkbox"/> Daun Ketum | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | | | |
| Lain-lain nyatakan: _____ | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | <input type="checkbox"/> tahun <input type="checkbox"/> bulan | | |
| 14. Kekerapan dimasukkan ke Pusat Serenti / Penjara: | | | | |
| a) Pusat Serenti | <input type="checkbox"/> kali | Tahun: _____ | | |
| b) Penjara | <input type="checkbox"/> kali | Tahun: _____ | | |
| 15. Kaedah rujukan ke Pusat Terapi Gantian dengan Metadon oleh: | | | | |
| <input type="checkbox"/> AADK | | | | |
| <input type="checkbox"/> "Walk-in" / Datang sendiri | | | | |
| <input type="checkbox"/> Melalui kawan | | | | |
| <input type="checkbox"/> NGO | | | | |
| Nyatakan NGO yang merujuk: _____ | | | | |
| <input type="checkbox"/> Dirujuk dari Program Pertukaran Jarum (NSEP) | | | | |
| Lain-lain nyatakan: _____ | | | | |
| 16. Nama Doktor: _____ | | | | |

OPIATE TREATMENT INDEX

Center: _____

Date of assessment: [] - [] - []

Name of Doctor: _____

Assessment: 0 month / 3 month / 6 month / 12 month

Name of Counselor: _____

(for office use)

Patient's Name : []

Identification No. (New IC) : [] - [] - [] (Old IC) [] - []

Patient's Serial No : []

Sex: Male Female Age: _____Ethnic Group: Malay Chinese Indian Others: _____Citizenship: _____ Marital Status: Single Married Divorced WidowedEducation: No Formal Education SPM / MCE
 Primary STPM / Diploma
 Secondary Degree
 PMR / SRP Higher DegreeReligion: Islam Christian Buddha Hindu Others: _____

Height: _____ cm Weight: _____ kg

SECTION 1: PATIENT'S PARTICULAR

Is the patient currently employed?

- a) Yes, if yes what is the patient's current occupation? b) No, if unemployed give reason.
- Professional / Technical / Managerial Unable to work Not applicable
 - Agricultural / Fishery / Forestry Unable to get job Housewife
 - Military / Police / Fireman Others, specify Student
 - Factory workers
 - Clerical / sales
 - Service (e.g. Waiter, Maid, Barber, Security Guard)
 - Own Business
 - Others: _____

Present Occupation: None Odd-jobs Part-time Job Full-time Job**Family History**

Have any of your relatives had what you call a significant drinking, drug use or psych problem, one that did or should have led to treatment

| | <u>Mother's side</u> | | | <u>Father's Side</u> | | | <u>Siblings</u> | | |
|-------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| | Alc | Drug | Psych | Alc | Drug | Psych | Alc | Drug | Psych |
| Grandmother | <input type="checkbox"/> |
| Grandfather | <input type="checkbox"/> |
| Mother | <input type="checkbox"/> |
| Aunt | <input type="checkbox"/> |
| Uncle | <input type="checkbox"/> |
| Brother # 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Brother # 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Sister # 1 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |
| Sister # 2 | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | | | | | | |

SECTION II : DRUG USE

* Note for all categories, if the subject responds that their last use of drug was more than a month ago, score zero for that category.
Do not include use on day of interview.

These questions are about your use of heroin, Opiate, Alcohol, Marijuana, Tranquilliser, Hallucinogens and Tobacco.

| | | Heroin | Other Opiate | Alcohol | Marijuana | Tranquillisers | Hallucinogens or ATS | Tobacco |
|---|---------------------------------------|--------|--------------|---------|-----------|----------------|----------------------|---------|
| 1 | On what day did you last use? | | | | | | | |
| 2 | How many did you have on that day? | | | | | | | |
| 3 | On which day before that did you use? | | | | | | | |
| 4 | How many did you have on that day? | | | | | | | |
| 5 | When was the day before that? | | | | | | | |
| | q1 = | | | | | | | |
| | q2 = | | | | | | | |
| | t1 = | | | | | | | |
| | t2 = | | | | | | | |
| | Q | | | | | | | |

SECTION III : INJECTING AND SEXUAL PRACTICES

These question are about the way you use drug and you recent sexual behaviour. Any information you provide is completely confidential. (Please circle one)

1. Injecting

| | | Hasn't hit up | Once a week or less | More than once a week (but less than once a day) | Once a day | 2 - 3 times a day | more than 3 times a day |
|---|---|---------------|---------------------|--|------------|-------------------|-------------------------|
| 1 | How many times have you hit up (ie injected any drugs) in the last month? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

* If subject hasn't injected in the last month, score zero for the Drug Use section, and go to question 7

| | | No times | One time | Two times | 3 - 5 times | 6 - 10 times | More than 10 times |
|---|---|----------|----------|-----------|-------------|--------------|--------------------|
| 2 | How many times in the last month have you used a needle after someone else had used it? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | None | One person | Two people | 3 - 5 people | 6 - 10 people | More than 10 people |
|---|--|------|------------|------------|--------------|---------------|---------------------|
| 3 | How many different people have used a needle before you in last month? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | No times | One time | Two times | 3 - 5 times | 6 - 10 times | More than 10 times |
|---|--|----------|----------|-----------|-------------|--------------|--------------------|
| 4 | How many times in the last month has someone used a needle after you have used it? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Doesn't re-use | Every time | Often | Sometimes | Rarely | Never |
|---|---|---|------------|------------|--------------|---------------|---------------------|
| 5 | How often, in the last month, have you cleaned needles before re-using them? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 | Before using needles again, how often in the last month did you use bleach to clean them? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Drug use sub total <input type="text"/> | | | | | | | |
| 2. Sexual behaviour | | | | | | | |
| | | None | One person | Two people | 3 - 5 people | 6 - 10 people | More than 10 people |
| 7 | How many people, including clients, have you had sex with in the last month? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| * If no sex in the last month, score zero for sexual behavioural section and go to section Social Functioning | | | | | | | |
| | | No regular partner/ no penetrative sex | Every time | Often | Sometimes | Rarely | Never |
| 8 | How often have you used condoms when having sex with your regular partner(s) in the last month? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | No casual partner/ no penetrative sex | Every time | Often | Sometimes | Rarely | Never |
| 9 | How often did you used condoms when you had sex with casual partners in the last month? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | No paid sex/ no penetrative sex | Every time | Often | Sometimes | Rarely | Never |
| 10 | How often have you used condoms when you have been paid for sex in the last month? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| Sexual Behaviour sub total <input type="text"/> | | | | | | | |
| Total Score <input type="text"/> | | | | | | | |

SECTION IV : SOCIAL FUNCTIONING

These next few questions concern the social aspects of your life (things like jobs, friends, etc)

| | | | | | | |
|----|---|---------------------|------------------|------------------|------------------|------------------|
| | | One | Two | Three | Four | Five or more |
| 1 | How many different places have you lived in over the last six months? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | None of the time | Some of the time | Half of the time | Most of the time | All of the time |
| 2 | How much of the last six months have you been employed? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | One | Two | Three | Four or more | None |
| 3 | How many different full time jobs have you had in last six months? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | Never / NA | Rarely | Sometimes | Often | Very often |
| 4 | How often in the last six months have you had conflict with your relatives? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5 | How often in the last six months have you had conflict with your partner(s) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | Never | Rarely | Sometimes | Often | Very often / NA |
| 6 | How often in the last six months have you had conflict with your friends? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | Four or more | Three | Two | One | None |
| 7 | About how many close friends would you estimate that you have? (INCLUDE PARTNER) | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | Very satisfied / NA | Satisfied | Reasonably OK | Not satisfied | Very unsatisfied |
| 8 | When you are having problems, are you satisfied with the support you get from your friends? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | Very often | Often | Sometimes | Rarely | Never / NA |
| 9 | About how often do you see your friends? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | All of them | More than half | About a half | Less than half | None / NA |
| 10 | How many of the people you hang around with now have you known for more than six months? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | None of the time | Some of the time | Half of the time | Most of the time | All of the time |
| 11 | How much of the last six month have you been living with anyone who uses heroin? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| | | None | Less than half | About a half | More than half | All of them |
| 12 | How many of the people you hang around with now are users (include partner)? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Social functioning total

SECTION V : CRIME

*These section is concerned with crimes that you may have committed. Any information that you give is completely confidential.
We are interested in the number of time that you committed a crime, not the number of time you've been caught.
(please circle one)*

Property Crime

| | No property crime | Less than once a week | Once a week | More than once a week (but less than daily) | Daily |
|---|-------------------|-----------------------|-------------|---|-------|
| 1 How often, on average, during last month have you committed a property crime? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Tick type of crimes committed

Break & enter Stealing a prescription pad Shoplifting Other (specify)
 Receiving stolen goods Stealing a car Robbery without violence

Dealing

| | No drug dealing | Less than once a week | Once a week | More than once a week (but less than daily) | Daily |
|---|-----------------|-----------------------|-------------|---|-------|
| 2 How often, on average, during last month have you sold drug to someone? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Tick type of drugs dealt

Heroin Cocaine Hallucinogens Tranquillisers
 Marijuana Speed Barbiturates Other (specify)

Fraud

| | No fraud | Less than once a week | Once a week | More than once a week (but less than daily) | Daily |
|---|----------|-----------------------|-------------|---|-------|
| 3 How often, on average, during last month have you committed a fraud | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Tick type of fraud committed

Forging cheques Using someone else's card Other (specify)
 Forging prescriptions Social security scams

Crimes involving violence

| | No violent crime | Less than once a week | Once a week | More than once a week (but less than daily) | Daily |
|---|------------------|-----------------------|-------------|---|-------|
| 4 How often, on average, during last month have you committed a crime involving violence? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |

Tick type of drugs dealt

Assault Armed robbery Manslaughter Other (specify)
 Using violence in a robbery Murder Rape

Current convictions

1 Are you currently facing charges? Yes No

Crime total

SECTION VI : HEALTH

These questions are about your health. Please tick any check boxes if you have had any of these problems over the last month

General

- | | | | | | |
|--------------------------|--------------------------|--------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1 Fatigue/energy loss | <input type="checkbox"/> | 6 Nigh sweats | <input type="checkbox"/> | 11 Teeth problems | <input type="checkbox"/> |
| 2 Poor appetite | <input type="checkbox"/> | 7 Swollen glands | <input type="checkbox"/> | 12 Eye/vison problems | <input type="checkbox"/> |
| 3 Weigh loss/underweight | <input type="checkbox"/> | 8 Jaundice | <input type="checkbox"/> | 13 Ear/hearing problems | <input type="checkbox"/> |
| 4 Trouble sleeping | <input type="checkbox"/> | 9 Bleeding easily | <input type="checkbox"/> | 14 Cuts needing stitches | <input type="checkbox"/> |
| 5 Fever | <input type="checkbox"/> | 10 Bruising easily | <input type="checkbox"/> | | |

Sub total

Injection related problems

- | | | | | | |
|---------------------------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|------------------------|--------------------------|
| 1 Overdose | <input type="checkbox"/> | 3 Wheezing | <input type="checkbox"/> | 5 Difficulty injecting | <input type="checkbox"/> |
| 2 Abscesses/infections from injecting | <input type="checkbox"/> | 4 Prominent scarring/bruising | <input type="checkbox"/> | | |

Sub total

Cardio/respiratory

- | | | | | | |
|---------------------|--------------------------|-----------------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| 1 Persistent cough | <input type="checkbox"/> | 4 Wheezing | <input type="checkbox"/> | 7 Chest pains | <input type="checkbox"/> |
| 2 Coughing | <input type="checkbox"/> | 5 Sore throat | <input type="checkbox"/> | 8 Heart flutters/racing | <input type="checkbox"/> |
| 3 Coughing up blood | <input type="checkbox"/> | 6 Shortness of breath | <input type="checkbox"/> | 9 Swollen ankles | <input type="checkbox"/> |

Sub total

Genito-urinary

- | | | | |
|---------------------|--------------------------|-------------------------------|--------------------------|
| 1 Painful urination | <input type="checkbox"/> | 3 Discharge from penis/vagina | <input type="checkbox"/> |
| 2 Loss of sex urge | <input type="checkbox"/> | 4 Rash on/around penis/vagina | <input type="checkbox"/> |

Sub total

Gynaecological (Women only) (in the last few month)

- | | | | |
|--------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|
| 1 Irregular period | <input type="checkbox"/> | 2 Miscarriage | <input type="checkbox"/> |
|--------------------|--------------------------|---------------|--------------------------|

Sub total

Musculo-skeletal

- | | | | | | |
|-------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| 1 Joint pains/stiffness | <input type="checkbox"/> | 2 Broken bones | <input type="checkbox"/> | 3 Musel pain | <input type="checkbox"/> |
|-------------------------|--------------------------|----------------|--------------------------|--------------|--------------------------|

Sub total

Nerorological

- | | | | | | |
|--------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1 Headaches | <input type="checkbox"/> | 4 Numbness/tingling | <input type="checkbox"/> | 7 Dificulty walking | <input type="checkbox"/> |
| 2 Blackouts | <input type="checkbox"/> | 5 Dizziness | <input type="checkbox"/> | 8 Head injury | <input type="checkbox"/> |
| 3 Tremors (shakes) | <input type="checkbox"/> | 6 Fits/seizures | <input type="checkbox"/> | 9 Forgetting things | <input type="checkbox"/> |

Sub total

Gastro intestinal

- | | | | | | |
|------------|--------------------------|-----------------|--------------------------|-------------|--------------------------|
| 1 Nausea | <input type="checkbox"/> | 3 Stomach pains | <input type="checkbox"/> | 5 Diarrhoea | <input type="checkbox"/> |
| 2 Vomiting | <input type="checkbox"/> | 4 Constipation | <input type="checkbox"/> | | |

Sub total

Health total

CHECKLIST

I have reviewed & found all data pertaining to VISIT 1 To be complete and accurate:

| Checklist eligibility Has the subject fulfilled the following criteria: | | | Comments |
|--|------------------------------|-----------------------------|--|
| Informed consent & treatment agreement form | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Inclusion / Exclusion Criteria | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Completed demographic data | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Completed OTI | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Completed WHOQOL-BRIEF | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Blood Investigations | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Urine for drugs | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| Informed date of VISIT 2 | <input type="checkbox"/> Yes | <input type="checkbox"/> No | |
| | | | |
| Name of doctor: _____ | | Signature: _____ | Date: <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> |

WHOQOL-BRIEF

Pusat: _____

Tarikh penilaian: [] - [] - []

Nama Doktor: _____

Penilaian: 0 bulan / 6 bulan / 12 bulan

Nama Kaunselor: _____

(untuk kegunaan pejabat sahaja)

Nama Pesakit : []

No K.P. Pesakit (Baru) : [] - [] - [] (Lama) [] - []

No I.D Pesakit : []

Sila baca setiap soalan, nyata dan nilai perasaan anda dengan membulatkan nombor disetiap soalan berkenaan mengikut skala yang diberikan

| | | Sangat tidak berpuas hati | Tidak berpuas hati | Sederhana | Berpuas hati | Sangat berpuas hati |
|--------|---|---------------------------|--------------------|-----------|--------------|---------------------|
| 1 (G1) | Sejauh manakah anda berpuas hati dengan kesihatan anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| | | Sangat tidak baik | Tidak baik | Sederhana | Baik | Sangat baik |
| 2 (G4) | Bagaimana anda menilai kualiti kehidupan anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

*Soalan-soalan berikutnya bertanyakan **setakat mana** anda telah menghadapi sesuatu perkara dalam 2 minggu yang lepas*

| | | Tiada langsung | Sedikit sahaja | Sederhana | Sangat banyak | Teramat banyak |
|-----------|---|----------------|----------------|-----------|---------------|----------------|
| 3 (F1.4) | Setakat manakah anda berasa kesakitan (fizikal) menghalang anda dari melakukan apa yang anda perlu lakukan? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4 (F11.3) | Berapa kerapkah rawatan perubatan yang anda perlu untuk berfungsi dalam kehidupan harian anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5 (F4.1) | Setakat manakah anda menikmati keseronokan dalam hidup anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6 (F24.2) | Setakat manakah anda rasa hidup anda bermakna? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | | Tiada langsung | Sedikit sahaja | Sederhana | Sangat | Teramat |
|-----------|--|----------------|----------------|-----------|--------|---------|
| 7 (F5.3) | Berapa baikkah anda dapat memberi tumpuan? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8 (F16.1) | Berapa selamatkah anda rasa dalam kehidupan seharian anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9 (F22.1) | Berapa sihatkah persekitaran fizikal anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

*Soalan-soalan berikutnya bertanyakan **bagaimana sempurnanya** anda mengalami atau berupaya melakukan sesuatu perkara dalam 2 minggu yang lepas*

| | | Tiada langsung | Sedikit sahaja | Sederhana | Kebanyak-kanya | Sepenuhnya |
|------------|--|----------------|----------------|-----------|----------------|------------|
| 10 (F2.1) | Setakat mana anda mempunyai cukup tenaga untuk menjalani kehidupan harian anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11 (F7.1) | Sejauh manakah anda dapat menerima rupa paras dan bentuk tubuh badan anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12 (F18.1) | Sejauh manakah anda mempunyai wang yang cukup untuk memenuhi keperluan anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13 (F20.1) | Setakat manakah kemudahan bagi anda untuk mendapatkan maklumat yang diperlukan dalam kehidupan harian? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14 (F21.1) | Setakat mana anda mempunyai peluang untuk aktiviti riadah? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Sila baca setiap soalan, nyata dan nilai perasaan anda dengan membulatkan nombor disetiap soalan berkenaan mengikut skala yang diberikan

| | | Sangat tidak baik | Tidak baik | Sederhana | Baik | Sangat baik |
|-----------|---|-------------------|------------|-----------|------|-------------|
| 15 (F9.1) | Sebaik manakah keupayaan anda boleh bergerak dari satu tempat ke satu tempat yang lain? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Soalan-soalan berikut bertanyakan tentang perasaan anda terhadap beberapa aspek tertentu dalam kehidupan anda sepanjang 2 minggu yang lepas

| | | Sangat tidak berpuas hati | Tidak berpuas hati | Sederhana | Berpuas hati | Sangat berpuas hati |
|------------|---|---------------------------|--------------------|-----------|--------------|---------------------|
| 16 (F3.3) | Adakah anda berpuas hati dengan tidur anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17 (F10.3) | Adakah anda berpuas hati dengan keupayaan anda melaksanakan aktiviti kehidupan harian anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18 (F12.4) | Adakah anda berpuas hati dengan keupayaan anda dalam pekerjaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19 (F6.3) | Adakah anda berpuas hati dengan diri anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20 (F13.3) | Adakah anda berpuas hati dengan perhubungan peribadi anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21 (F15.3) | Adakah anda berpuas hati dengan perhubungan seks dengan pasangan anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 22 (F14.4) | Adakah anda berpuas hati dengan sokongan yang anda dapat dari kawan-kawan anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23 (F17.3) | Adakah anda berpuas hati dengan keadaan tempat tinggal anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24 (F19.3) | Adakah anda berpuas hati dengan kemudahan mendapatkan perkhidmatan kesihatan? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25 (F23.3) | Adakah anda berpuas hati dengan pengangkutan anda? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Soalan berikut merujuk kepada kekerapan anda merasa atau mengalami sesuatu emosi sepanjang 2 minggu yang lepas

| | | Tidak pernah | Jarang-jarang | Kerap | Sangat kerap | Sentiasa |
|-----------|---|--------------|---------------|-------|--------------|----------|
| 26 (F8.1) | Berapa kerapkah anda mempunyai perasaan-perasaan negatif seperti susah hati, kecawa, kegelisahan atau kemurungan? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Adakah seseorang telah membantu anda mengisi borang ini?

Berapa lamakah masa yang diambil untuk mengisi borang ini?

Adakah anda mempunyai sebarang komen mengenai penilaian ini?

.....

.....

.....

TERIMA KASIH ATAS KERJASAMA DAN BANTUAN ANDA

KAD ID PESAKIT RAWATAN RAWATAN METHADONE



**PROGRAM RAWATAN RAWATAN METHADONE
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

NAMA : _____

NO. KAD PENGENALAN : _____

NO. PENDAFTARAN : _____

HOSPITAL / KLINIK : _____

NO. TEL. PUSAT RAWATAN : _____

ALAMAT KEDIAMAN :

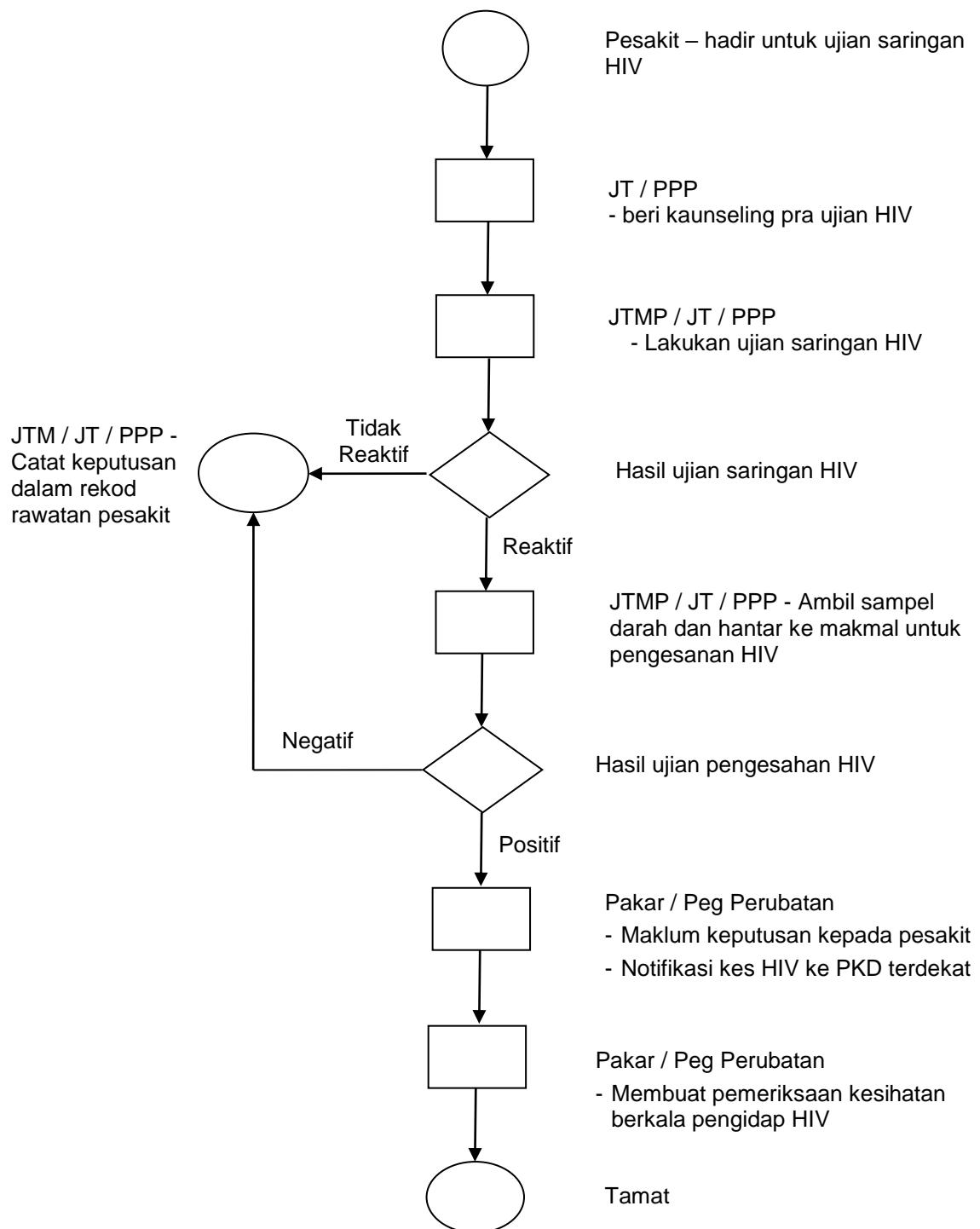
NO. TELEFON : _____

1. Bahwasanya pemegang kad ini adalah seorang peserta yang terlibat dalam Program Rawatan methadone anjuran Kementerian Kesihatan Malaysia.
2. Kad ini tidak boleh disalahgunakan atau ditukar hakmilik. Pemegang kad tidak akan terlepas dari undang – undang sekiranya didapati terlibat dalam penyalahgunaan dadah sepanjang tempoh rawatan.
3. Kehilangan kad ini mestilah dimaklumkan dengan segera kepada pejabat yang mengeluarkannya dan sesiapa yang menjumpai kad ini hendaklah menyerahkannya kepada ;

Bahagian Kawalan Penyakit
Kementerian Kesihatan Malaysia
Aras 3, Blok E10, Kompleks E,
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 Putrajaya

Tarikh dikeluarkan : _____ Ketua Program : _____

CARTA ALIR UJIAN SARINGAN HIV (RAPID TEST KIT)



| BORANG PEMERIKSAAN DARAH | | | | | | | | | |
|--|---------------------------------------|--------------------------|--|--|-------------------------------|--------------------------|-----------------------------|--------------------------|------------------------|
| 1) | Nama Pesakit : <input type="text"/> | | | | | | | | |
| 2) | No. KP. (Baru) : | | | | - | | (Lama) <input type="text"/> | | - <input type="text"/> |
| 3) | No. ID Pesakit : <input type="text"/> | | | | | | | | |
| 4) | Tarikh Ujian Dijalankan : | | | <input type="text"/> - <input type="text"/> - <input type="text"/> | | | | | |
| 5) | Nama Pusat Rawatan : _____ | | | | | | | | |
| Health Status / Blood tests on admission | | | | | | | | | |
| 1. | HIV result | Tested / Not Tested | | 3. | Hepatitis C result | Tested / Not Tested | | | |
| | Positive | <input type="checkbox"/> | | | Ab tve | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Negative | <input type="checkbox"/> | | | Ab -ve | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Unknown | <input type="checkbox"/> | | | Unknown | <input type="checkbox"/> | | | |
| 2. | Hepatitis B result | Tested / Not Tested | | 4. | Liver Function Test result | Normal | | <input type="checkbox"/> | (Specify) _____ |
| | Ag +ve | <input type="checkbox"/> | | | Abnormal | <input type="checkbox"/> | | | |
| | Ab +ve | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | Ab -ve | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |
| | Unknown | <input type="checkbox"/> | | | | | | | |

Keputusan Darah Positif

| Bil | Perkara | Sampel Darah Positif | | |
|-----|-----------------------|----------------------|-------------|-------------|
| | | HIV | Hepatitis B | Hepatitis C |
| 1. | Tarikh dirujuk | | | |
| 2. | Tempat dirujuk | | | |
| 3. | Pegawai yang dirujuk | | | |
| 4. | Rawatan yang diterima | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |
| | | | | |

Tarikh :

(Cop nama dan tandatangan
pegawai yang menyemak)

BORANG UJIAN FUNGSI HATI (LIVER FUNCTION TEST)

- 1) Center : _____
- 2) Patient's Name :
- 3) Identification No (New IC) : - -
 (Old IC) : -
- 4) Patient's ID No. :

| Schedule (Yearly) | Date | Results | | Medical Officer's Signature |
|----------------------|------|---------|--------------------|--------------------------------|
| | | Normal | Abnormal (specify) | |
| 0 | | | | |
| 1 | | | | |
| 2 | | | | |
| 3 | | | | |
| 4 | | | | |
| 5 | | | | |
| 6 | | | | |
| 7 | | | | |

**BORANG LAPORAN UJIAN DAN KEPUTUSAN PEMERIKSAAN URIN
DI PUSAT RAWATAN METAHDONE**

- 1) Nama Pesakit :
- 2) No. KP (Baru) : - - Lama -
- 3) No. ID Pesakit :
- 4) Nama Pusat Rawatan _____

| Bil | Minggu/ Bulan | Tarikh | Dosage | Tarikh Keputusan Diterima | Keputusan Ujian | | | | T.T Peg. Perubatan |
|-----|----------------------------|--------|--------|---------------------------------|-----------------|----------|-----|-------|-----------------------|
| | | | | | Opiate | Cannabis | ATS | Benzo | |
| 1 | M 1 | | | | | | | | |
| 2 | M 2 | | | | | | | | |
| 3 | M 3 | | | | | | | | |
| 4 | M 4 | | | | | | | | |
| 5 | M 6 | | | | | | | | |
| 6 | M 8 | | | | | | | | |
| 7 | Bulan ke 3 (Random) | | | | | | | | |
| 8 | Bulan ke 4 (Random) | | | | | | | | |
| 9 | Bulan ke 5 (Random) | | | | | | | | |
| 10 | Bulan ke 6 (Random) | | | | | | | | |
| 11 | Bulan ke 7 (Random) | | | | | | | | |
| 12 | Bulan ke 8 (Random) | | | | | | | | |
| 13 | Bulan ke 9 (Random) | | | | | | | | |
| 14 | Bulan ke 10 (Random) | | | | | | | | |
| 15 | Bulan ke 11 (Random) | | | | | | | | |
| 16 | Bulan ke 12 (Random) | | | | | | | | |

LAMPIRAN 12

ASSESSMENT OF PATIENT'S STABILITY FOR TAKE AWAY DOSES

1/2

| Patient's Name : | Date : | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Patient's ID No. : | Date of next review : | | |
| (Date must tally with prescription's renewal date) | | | |
| | LEVEL OF SUPERVISED DOSE | | |
| | HIGH | MEDIUM | LOW |
| A) TO BE FILLED BY DOCTOR | | | |
| Attendance at medical / case manager review | | | |
| Regular attendance | | | <input type="checkbox"/> |
| Occasional DNAs ¹ (e.g miss 1 in 4 appointments) | | <input type="checkbox"/> | |
| Regular DNAs (e.g routinely miss ≥ 2 in 4 appointments) | <input type="checkbox"/> | | |
| Heroin & Other Opioid Use | | | |
| NIL / infrequent additional opioid use | | | <input type="checkbox"/> |
| Regular additional opioids use (e.g. 1-2 times/week) | | <input type="checkbox"/> | |
| Frequent & regular additional use (e.g ≥ 3 times/week) | <input type="checkbox"/> | | |
| Benzodiazepine use | | | |
| No / low dose ² prescribed & stable ³ use | | | <input type="checkbox"/> |
| High dose prescribed & stable dose | | <input type="checkbox"/> | |
| High dose and harmful use ⁴ or dependence ⁵ | <input type="checkbox"/> | | |
| Alcohol use | | | |
| Low risk levels of alcohol use | | | <input type="checkbox"/> |
| Risky / high risk level of alcohol use | | <input type="checkbox"/> | |
| Harmful use, alcohol abuse or dependence | <input type="checkbox"/> | | |
| Stimulant use | | | |
| Frequent use | | | <input type="checkbox"/> |
| Regular use | | <input type="checkbox"/> | |
| Harmful use, stimulant abuse or dependence | <input type="checkbox"/> | | |
| Mental state assessment | | | |
| NIL concerns | | | <input type="checkbox"/> |
| Concerns re : risk to self / others | <input type="checkbox"/> | | |
| Medical comorbidity | | | |
| NIL concerns | | | <input type="checkbox"/> |
| Concerns re: risk medical conditions (severe liver/respiratory disease) | | <input type="checkbox"/> | |
| Evidence of recent injection sites | | | |
| No recent IV sites | | | <input type="checkbox"/> |
| Evidence of recent injection | <input type="checkbox"/> | | |
| B) TO BE FILLED BY PHARMACIST | | | |
| Missed doses | | | |
| Dosing point not contacted | <input type="checkbox"/> | | |
| No miss doses in past 4 weeks | | | <input type="checkbox"/> |
| Occasional missed doses (≤ 1 per week) | | <input type="checkbox"/> | |
| Regular missed doses (≥ 2 per week) | <input type="checkbox"/> | | |
| Intoxicated presentations at dispensing point or clinic / overdose | | | |
| NIL within past 2 months | | | <input type="checkbox"/> |
| Recent (within past 2 months) | | <input type="checkbox"/> | |
| Recent (within past month) | <input type="checkbox"/> | | |
| Negative attitude or behaviour at dispensing point or clinic | | | |
| NIL within past 2 months | | | <input type="checkbox"/> |
| Recent (within past 2 months) | | <input type="checkbox"/> | |
| Recent (within past month) | <input type="checkbox"/> | | |

| ASSESSMENT OF PATIENT'S STABILITY FOR TAKE AWAY DOSES | | | | 2/2 |
|---|--------------------------|--------------------------|-----|--------------------------|
| | LEVEL OF SUPERVISED DOSE | | | |
| | HIGH | MEDIUM | LOW | |
| Concerns re: abuse / diversion of take away doses | | | | |
| NIL concerns | | | | <input type="checkbox"/> |
| Poor ability to 'control' large supplies of medications (e.g using takeaway doses in advance) | | <input type="checkbox"/> | | |
| Recent history of abuse (e.g injecting medications, double dosing), diversion to others | <input type="checkbox"/> | | | |
| C) TO BE FILLED BY MEDICAL ASSISTANT | | | | |
| Provision of Urine Drug Screens (UDS) | | | | |
| Provided on request | | | | <input type="checkbox"/> |
| UDS not provided on request | <input type="checkbox"/> | | | |
| Stable Accommodation | | | | |
| Yes | | | | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | | | |
| Stable Occupation | | | | |
| Yes | | | | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | | | |

THIS SECTION IS TO BE FILLED BY THE CLINIC FOR PATIENTS WHO HAS A STABLE OCCUPATION AND REQUIRES TAKEAWAYS MORE THAN 3 DAYS

| | LEVEL OF SUPERVISED DOSE | | |
|--|--------------------------|--|--------------------------|
| | HIGH | | VERY LOW |
| Employment in remote area / sea / other areas that does not have access to a dispensing point or clinic | | | |
| Yes | | | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | | |
| Patient able to provide support document for the occupation that requires more take aways | | | |
| Yes | | | <input type="checkbox"/> |
| No | <input type="checkbox"/> | | |

1. DNA = failure to attend scheduled appointment without advanced notice / justification acceptable to medical officer.
2. Low dose BZD use is defined as equivalent to <30mg diazepam/day. High dose > 30mg diazepam.
3. Stable use = no additional use to amounts prescribe, no binges, intoxicated presentations or recent overdoses.
4. ICD 10 diagnosis of harmful use.
5. DSM 5 diagnosis of abuse and dependence.

| LEVEL OF SUPERVISED DOSING | | |
|----------------------------|------------------------------------|---|
| Level of supervision | Number of Take away Doses per week | Description |
| High | NIL | Patients will attend to daily supervised dosing |
| Medium | 1-2 | After at least two (2) continuous months of stable treatment, Patients will be required to attend for supervised dosing at least five (5) days per week. |
| Low | 2-3 | After at least three (3) continuous months in stable treatment, a patient may be considered for a low supervision regiment, but will still be required to present for supervised dosing at least twice per week |
| Very Low | 4-6 | After at least six (6) continuous months in stable treatment, a patient may be considered for a low supervision regiment, but will still be required to present for supervised dosing at least once per week |

KONTRAK PERJANJIAN PERSETUJUAN DOS BAWA BALIK (DBB)

Saya bersetuju untuk mematuhi peraturan DBB yang telah ditetapkan seperti berikut :

1. Bersetuju membenarkan lawatan mengejut ke rumah oleh petugas klinik
2. Bersetuju mematuhi peraturan –peraturan DBB:
 - a. Tidak menyalah guna – Tidak mencampurkan dengan bahan lain
 - b. Tidak menjual metadon DBB
 - c. Memberi sampel urin apabila diminta
 - d. Menyimpan dengan selamat
 - e. Bagi yang tinggal dengan ahli keluarga, membenarkan ahli keluarga yang boleh membantu pemantauan di rumah
3. Kegagalan mematuhi peraturan di atas boleh menyebabkan DBB ditarik balik dan ditukar kepada DOTS

a) Pesakit

b) Ahli Keluarga Pesakit

(Tandatangan)

Nama : _____

No KP : _____

Tarikh : _____

(Tandatangan)

Nama : _____

No KP : _____

Tarikh : _____

c) Pengamal Perubatan

d) Pegawai Farmasi

(Tandatangan)

Nama : _____

No KP : _____

Tarikh : _____

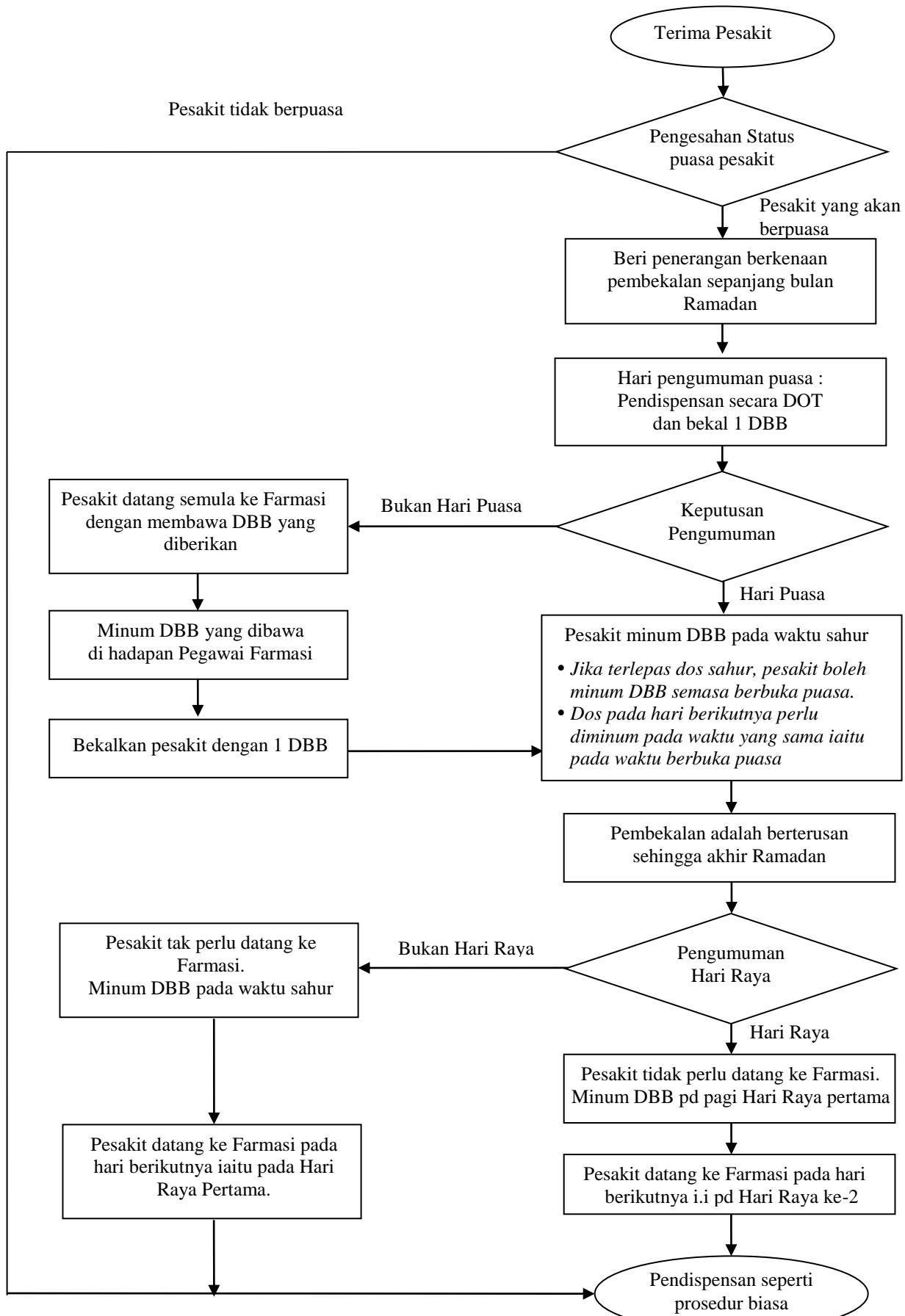
(Tandatangan)

Nama : _____

No KP : _____

Tarikh : _____

CARTA ALIR PENDISPENSAN METHADONE SEMASA BULAN RAMADAN



CONTOH SURAT PENGESAHAN DOKTOR / PENGAMAL PERUBATAN



PEJABAT KESIHATAN KEONG
JALAN JINJANG PERMAI
52000 JINJANG UTARA
KUALA LUMPUR

Tel : 03-62570352
Faks : 03-62570782
Email : kkepong@moh.gov.my



Ruj Kami : BIL .(1)dlm.PKK: 600
Tarikh : 8 April 2016

To Whom It may Concern

RE: Mr. XXXXXX bin Vvvv I/C : 111111111111. Passport : A88888888

The above named patient had been treated at our clinic since 2012 for Opiod Dependence. He is currently on Syrup Methadone 40mg OD. He is presently on personal trip to Thailand on 26/4/2016 . He would be carrying with him 1 bottle (8ml) of syrup methadone 5mg/ml for his personal use during his trip.

Thank you for your kind attention.

Name & Chop of Attending Medical Officer



BAHAGIAN PERKHIDMATAN FARMASI
Pharmaceutical Services Division
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
Ministry of Health Malaysia
 Lot 36, Jalan Universiti, 46350 Petaling Jaya, Selangor, Malaysia

METHADONE: OVERSEAS TRAVEL REQUEST

VISIT'S DETAIL

Country to be visited : _____
 Date : _____
 Duration : _____
 Purpose of the visit : _____

PATIENT'S DETAIL

Patient's Name : _____
 Gender : _____
 NRIC : _____
 Passport Number : _____
 Home Address : _____
 Phone Number : _____

PRESCRIBING PHYSICIAN

Doctor's Name & Position : _____
 Registration Number : _____
 Hospital / Health Clinic Address : _____
 Phone Number : _____

PRESCRIBED MEDICAL PREPARATION

Generic Name : Methadone HCl Syrup 5mg/ml
 Patient's Dosage : mg (..... ml)
 Patient's Dosage : bottles x mg (..... ml)

- Request must be sent 1 month before visit
- Please attach copy of patient's Treatment Confirmation Letter by medical officer, passport and air ticket / travel ticket

Pharmacist :
(Signature & Stamp)
Phone Number :

Date:

**CONTOH METHADONE POSSESSION AUTHORISATION LETTER
(TANGGUNGJAWAB BAHAGIAN PENGUATKUASAAN FARMASI, KKM)**

KKM-55/BPF/208/002/08 Jld3()

April 2016

**Director,
General Directorate of Medical and Pharmaceutical Licenses,
Ministry of Health,
3292 North Ring Road, Al Nafal District
Riyadh 13312-6288
Saudi Arabia.**

Sir,

**Methadone Possession Authorization
Methadone Syrup for Patient: XXXX BIN VVVV
(Malaysia ID No: 111111-11-1111 / Passport No.: A88888888)**

The above subject is kindly referred.

2. The Pharmacy Enforcement Division, Ministry of Health, as Competent Authority of Malaysia, has no objection to the above mentioned name to carry with him **Methadone Syrup**, as part of his prescribed drug under our "**Harm Reduction Program**" (**Drug Addiction Replacement Therapy**). He is currently on 30mg (6ml) of Methadone Syrup daily. For your information, the patient will be going to Saudi Arabia to perform Umrah in Mecca from **27th April 2016 until 8th Mei 2016**. He will bring together a total of 72 ml of Methadone HCl Syrup for the 12 days supply while he is in Saudi Arabia.

3. Enclosed together, a copy of letter from his specialist in allowing him to bring along his Methadone medication.

4. If you require any further information, do not hesitate to contact us.

Thank you.

Yours faithfully,

(
Director of Pharmacy Enforcement Division
Ministry Of Health Malaysia.

cc *Pharmacist,
Kuala Sungai Baru Health Clinic, Malacca*

FARMASI
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA

REKOD PENDISPENSAN METHADONE (HAJI)

| | |
|-----------------|----------------------|
| NAMA KLINIK : | NO TELEFON KLINIK : |
| NAMA PESAKIT : | |
| NO KP PESAKIT : | NO PASPORT PESAKIT : |
| DOS PESAKIT : | |
| STATUS : | |

| DOKTOR YANG MEMPRESKRIB | PEGAWAI FARMASI BERTANGGUNGJAWAB |
|---------------------------------|----------------------------------|
| (cop dan tandatangan) Email: | (cop dan tandatangan) Email: |

REKOD PENDISPENSAN METHADONE:

| BIL | TARIKH | DOS DIDISPENS | STATUS (DOT / DBB) | T.TGN PP/ PF / PPF | T.TGN PESAKIT |
|-----|--------|---------------|-----------------------|-----------------------|------------------|
| 1. | | | | | |
| 2. | | | | | |
| 3. | | | | | |
| 4. | | | | | |
| 5. | | | | | |
| 6. | | | | | |
| 7. | | | | | |
| 8. | | | | | |
| 9. | | | | | |
| 10. | | | | | |
| 11. | | | | | |
| 12. | | | | | |
| 13. | | | | | |
| 14. | | | | | |
| 15. | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17. | | | | | |
| 18. | | | | | |
| 19. | | | | | |
| 20. | | | | | |
| 21. | | | | | |
| 22. | | | | | |
| 23. | | | | | |
| 24. | | | | | |
| 25. | | | | | |
| 26. | | | | | |
| 27. | | | | | |

| BIL | TARIKH | DOS DIDISPENS | STATUS (DOT / DBB) | T.TGN PF / PPF | T.TGN PESAKIT |
|-----|--------|---------------|-----------------------|-------------------|------------------|
| 28. | | | | | |
| 29. | | | | | |
| 30. | | | | | |
| 31. | | | | | |
| 32. | | | | | |
| 33. | | | | | |
| 34. | | | | | |
| 35. | | | | | |
| 36. | | | | | |
| 37 | | | | | |
| 38. | | | | | |
| 39. | | | | | |
| 40. | | | | | |
| 41. | | | | | |
| 42. | | | | | |
| 43. | | | | | |
| 44. | | | | | |
| 45. | | | | | |
| 46. | | | | | |
| 47. | | | | | |
| 48. | | | | | |
| 49. | | | | | |
| 50. | | | | | |

MAKLUMAT PERUBAHAN DOS (DENGAN KEBENARAN PAKAR PSIKIATRIK):

| BIL | TARIKH | PRESKRIPSI DOKTOR |
|-----|--------|---|
| | | (nyatakan dos, frekuensi, tarikh mula preskripsi, tandatangan doktor, cop doktor) |
| | | (nyatakan dos, frekuensi, tarikh mula preskripsi, tandatangan doktor, cop doktor) |
| | | (nyatakan dos, frekuensi, tarikh mula preskripsi, tandatangan doktor, cop doktor) |
| | | (nyatakan dos, frekuensi, tarikh mula preskripsi, tandatangan doktor, cop doktor) |

PRESKRIPSI METHADONE

ASAL - FARMASI

PRESKRIPSI METHADONE (FORMAT II)

PRESKRIPSI METHADONE

Farmasi _____

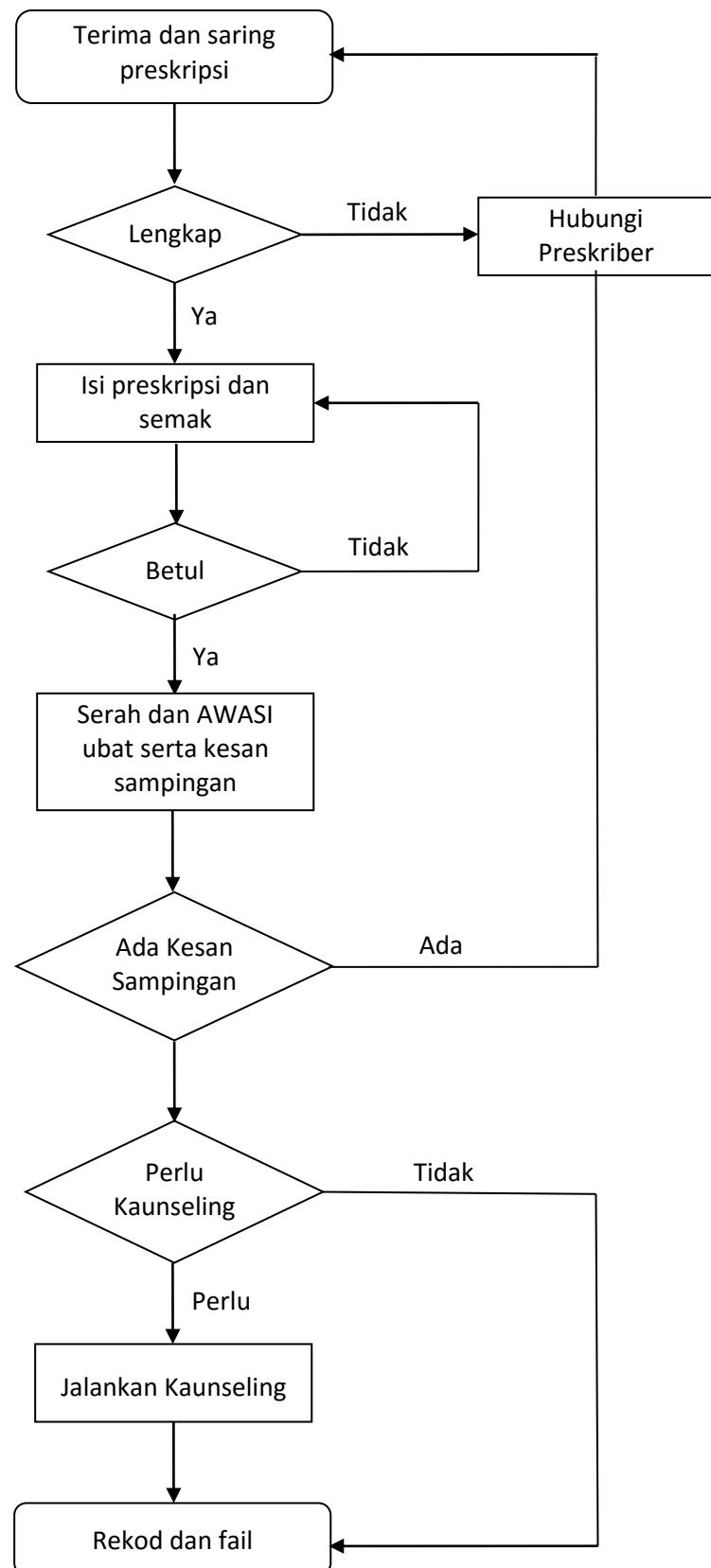
No.Siri : 00001

| | | | |
|----------------------|-------------------------------|----------------------------|--|
| Nama Pesakit : | Bangsa : M/ C / I / Lain-lain | Diagnosis : | |
| No. Daftar / No.KP : | Berat Badan : Tinggi : | | |
| Alamat : | Umur : | Alahan ubat (Jika ada) : | |
| | Jantina : L / P | | |

| PRESKRIPSI UBAT | REKOD ADMINISTRASI UBAT (Diisi oleh Pegawai Farmasi / Penolong Pegawai Farmasi Diiktiraf sahaja) | | | | | | | |
|---|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | Tarikh | | | | | | | |
| Rx (Dos, kekerapan, kaedah administrasi, jangkamasa) | Masa | | | | | | | |
| | (mg) / TH | | | | | | | |
| Dimulakan oleh : (T/T dan cop) | T/T | | | | | | | |
| Tarikh : | | | | | | | | |
| PRESKRIPSI UBAT | REKOD ADMINISTRASI UBAT (Diisi oleh Pegawai Farmasi / Penolong Pegawai Farmasi Diiktiraf sahaja) | | | | | | | |
| | Tarikh | | | | | | | |
| Rx (Dos, kekerapan, kaedah administrasi, jangkamasa) | Masa | | | | | | | |
| | (mg) / TH | | | | | | | |
| Dimulakan oleh : (T/T dan cop) | T/T | | | | | | | |
| Tarikh : | | | | | | | | |
| PRESKRIPSI UBAT | REKOD ADMINISTRASI UBAT (Diisi oleh Pegawai Farmasi / Penolong Pegawai Farmasi Diiktiraf sahaja) | | | | | | | |
| | Tarikh | | | | | | | |
| Rx (Dos, kekerapan, kaedah administrasi, jangkamasa) | Masa | | | | | | | |
| | (mg) / TH | | | | | | | |
| Dimulakan oleh : (T/T dan cop) | T/T | | | | | | | |
| Tarikh : | | | | | | | | |
| PRESKRIPSI UBAT | REKOD ADMINISTRASI UBAT (Diisi oleh Pegawai Farmasi / Penolong Pegawai Farmasi Diiktiraf sahaja) | | | | | | | |
| | Tarikh | | | | | | | |
| Rx (Dos, kekerapan, kaedah administrasi, jangkamasa) | Masa | | | | | | | |
| | (mg) / TH | | | | | | | |
| Dimulakan oleh : (T/T dan cop) | T/T | | | | | | | |
| Tarikh : | | | | | | | | |

TH – Tidak hadir; T/T – Tandatangan

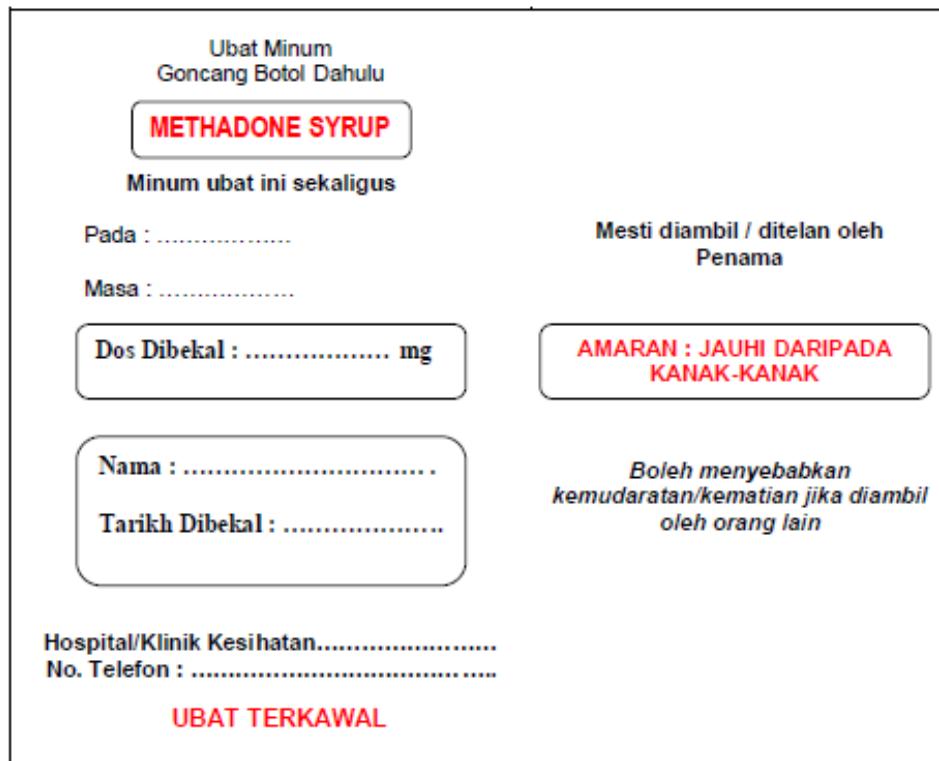
*** Dokumen ini hendaklah dibuat dalam 2 salinan

CARTA ALIR PENDISPENAN METHADONE

PROSES KERJA PENDISPENSAN METHADONE

| NO. | TINDAKAN | TANGGUNGJAWAB |
|-----|---|--|
| 1. | i) Terima dan saring preskripsi ii) Pastikan preskripsi adalah lengkap iii) Pastikan pesakit adalah sama dengan gambar pada kad identifikasi yang diterima iv) Jika tidak lengkap, hubungi preskriber | Pegawai Farmasi / Pengamal Perubatan / PPF Diiktiraf |
| 2. | i) Sukat dos methadone dengan tepat dan masukkan ke dalam bekas <ul style="list-style-type: none"> a) DOT - cairkan persediaan dengan air bersih / kordial yang sesuai hingga ke 30 ml b) Dos bawa balik (DBB) <ul style="list-style-type: none"> • Dos \leq 25 mg - cairkan hingga 30 ml, • Dos $>$ 25 mg – cairkan hingga 50 ml dan lebih • Sediakan label yang lengkap dan tampil pada botol dos bawa balik ii) Semak dan pastikan sukatan dos methadone adalah betul. | Pegawai Farmasi / Pengamal Perubatan / PPF Diiktiraf |
| 3. | i) Panggil pesakit mengikut giliran ii) Pastikan pesakit menunjukkan kad identifikasi bagi mengesahkan pesakit yang betul. Jika tidak, hubungi preskriber. Serahkan ubat serta PERHATIKAN pesakit. Galakkkan pesakit bercakap untuk memastikan ubat ditelan dengan sempurna iii) Berikan air untuk diminum. iv) Isi Rekod Administrasi Ubat di dalam Preskripsi Methadone. | Pegawai Farmasi / Pengamal Perubatan / PPF Diiktiraf |
| 4 | i) Pantau kesan sampingan terutama semasa induksi atau perubahan dos ii) Hubungi preskriber jika perlu | Pegawai Farmasi / Pengamal Perubatan |
| 5. | i) Beri kaunseling jika perlu. Rujuk Garis Panduan Kaunseling Methadone. ii) Rujuk preskriber jika perlu | Pegawai Farmasi / Pengamal Perubatan |
| 6. | i) Serah dos bawa balik jika ada ii) Rekod semua maklumat yang diperlukan dan failkan | Pegawai Farmasi / Pengamal Perubatan / PPF Diiktiraf |

CONTOH LABEL METHADONE



**CONTOH FORMAT DAFTAR PRESKRIPSI UNTUK BAHAN PSIKOTROPIK (METHADONE)
(PERATURAN 19 DAN 22 PERATURAN-PERATURAN RACUN (BAHAN PSIKOTROPIK) 1989**

NAMA DAN KEUATAN BAHAN PSIKOTROPIK (METHADONE) : _____

| No.Siri | Tarikh Pembekalan / Administrasi | Nama Pesakit / Pembekal | Alamat Pesakit / Pembekal | No Kad Pengenalan/ paspot / Invios | Kuantiti Diterima Drp Pembekal | Kuantiti (Dos) Dibekal Kpd Pesakit | Baki Stok | Tandatangan Yang Mendispens |
|---------|--|----------------------------|---------------------------------|---|---|---|-----------|-----------------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

- Nota : i) Daftar preskripsi disediakan dalam bentuk *bound book* (tidak boleh dibuat dalam *softcopy*)
ii) Setiap pembekalan dari pembekal berasingan atau kekuatan berlainan akan menggunakan daftar preskripsi yang berasingan.

BORANG LAPORAN SESI DAN KEHADIRAN KAUNSELING DI PUSAT RAWATAN METHADONE

A. Jadual Sesi Kaunseling

| Bil. | Sasaran | Minggu |
|------|--------------------------------|-------------------|
| 1. | Kaunseling Individu | 2, 3 & 4 |
| 2. | Kaunseling Individu & Keluarga | 5 |
| 3. | Kaunseling Berkumpulan | 7, 9, 11, 13 & 15 |
| 4. | Kaunseling Individu | 18 |
| 5. | Kaunseling Berkumpulan (Akhir) | 21 |
| 6. | Kaunseling Individu (Akhir) | 24 |

B. Rekod Pemantauan Sesi Kaunseling

Tandakan (✓) pada yang berkenaan

NAMA PEGAWAI PERUBATAN / KAUNSELOR :

COP :

RESEN BULANAN BAGI PROGRAM RAWATAN METHADONE

Negeri _____ Bulan : _____ Tahun : _____

| Pusat Rawatan | Daftar Baru Tahun Semasa | | | | | | Daftar Kumulatif | | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|-----|------|------|---------|-------------|------------------|---|-------|-------|------|--------|----|----|-----------|-------|
| | Sumber Rujukan | | | | | | Jumlah | | | Cicir | Mati | Semula | TI | TO | Ber-henti | Aktif |
| | Jumlah | NGO | AADK | NSEP | Walk In | Lain - Lain | L | P | Total | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tandatangan : _____

Nama & Cop Pegawai : _____

Nota;

Data reten bulanan perlu dikemaskini dan dihantar ke Pejabat Kesihatan Daerah berhampiran sebelum atau pada **5hb setiap bulan.**

TI : Transfer in / pindakmasuk

L : Lelaki

TO : Transfer out / pindahkeluar

P : Perempuan

Cicir : Tidak hadir untuk rawatan selama 3 bulan berturut-turut
(dianggap berhenti selepas tempoh tersebut (3 bulan))

Kadar Retensi rawatan Methadone : Bilangan peratus pesakit methadone aktif pada akhir tahun semasa di bahagi dengan bilangan kumulatif pesakit methadone masih berdaftar pada akhir tahun semasa didarab dengan 100.

Numerator : Bilangan peratus pesakit methadone aktif yang masih menjalani rawatan methadone pada akhir tahun semasa

Denominator : Bilangan kumulatif pesakit methadone yang masih berdaftar pada akhir tahun semasa

(bagi mendapatkan denominator ini, bilangan kumulatif pesakit methadone yang berdaftar tolak dengan bilangan pesakit methadone yang berhenti, diberhentikan, mati, pindah keluar (TO) dan tambah bilangan pesakit methadone pindahmasuk (TI) dan daftar semula)

Cara Pengiraan : Kadar Retensi Rawatan Methadone (%) = $\frac{\text{Bilangan peratus pesakit methadone aktif pada akhir tahun semasa}}{\text{Bilangan kumulatif pesakit methadone masih berdaftar pada akhir tahun semasa}} \times 100$

RETEN BULANAN STATUS PENYAKIT PESAKIT RAWATAN METHADONE

Negeri _____

Tahun : _____

| STATUS PENYAKIT | TAHUN SEMASA (2015) | | | | | | | | | | | | TOTAL KUMULATIF (dari jumlah keseluruhan pesakit methadone yang berdaftar di pusat rawatan berkenaan) | |
|------------------------|---------------------|-----|-----|-------|-----|-----|-----|------|------|-----|-----|-----|--|--|
| | JAN | FEB | MAC | APRIL | MEI | JUN | JUL | OGOS | SEPT | OKT | NOV | DIS | TOTAL | |
| HIV tve sahaja | | | | | | | | | | | | | | |
| Hepatitis B sahaja | | | | | | | | | | | | | | |
| Hepatitis C sahaja | | | | | | | | | | | | | | |
| Ko-infeksi HIV + Hep B | | | | | | | | | | | | | | |
| Ko-infeksi HIV + Hep C | | | | | | | | | | | | | | |

Tandatangan : _____

Nama & Cop Pegawai : _____

Nota;

Data reten bulanan perlu dikemaskini dan dihantar ke Pejabat Kesihatan Daerah berhampiran sebelum atau pada **5hb setiap bulan.**

TREATMENT OUTCOMES PROFILE

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|-----------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|----------|--|--|--|------|---|--------------------------|---|--------------------------|---|--------------------------|--------|--------------------------|--|--|--|
| Patient's Name | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Identification No. (New IC) | - | | | | (Old IC) | | | | - | | | | | | | | | | | |
| Patient's ID No. | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Name of Doctor / keyworker | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Gender | M | <input type="checkbox"/> | F | <input type="checkbox"/> | | | | | Race | M | <input type="checkbox"/> | C | <input type="checkbox"/> | I | <input type="checkbox"/> | Others | <input type="checkbox"/> | | | |
| Top Interview Date | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SECTION 1 : SUBSTANCES USE

Record the average amount on a using day and number of days substances used in each of past four weeks

| | Average | Week 4 | Week 3 | Week 2 | Week 1 | Total |
|------------------------------|------------|----------------------|--------|----------------------|--------|--------------------------|
| a. Alcohol | units/day | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> 0-7 |
| b. Opiates | g/day | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> 0-7 |
| c. Crack | g/day | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> 0-7 |
| d. Cocaine | g/day | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> 0-7 |
| e. Amphetamines | g/day | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> 0-7 |
| f. Cannabis | splitf/day | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> 0-7 |
| g. Other problem substances? | g/day | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> | 0-7 | <input type="text"/> 0-7 |

Name

SECTION 2 : INJECTING RISK BEHAVIOUR

Record number of days client injected non-prescribed drugs in past four weeks (if no, enter zero and go to section 3)

| | Week 4 | Week 3 | Week 2 | Week 1 | Total |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-------------------------------------|
| a. Injected | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-28 |
| b. Inject with needle or syringe used by someone else? | | | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Enter 'Y' if any yes, otherwise 'N' |
| c. Inject using a spoon, water or filter used by someone else? | | | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Enter 'Y' or 'N' |

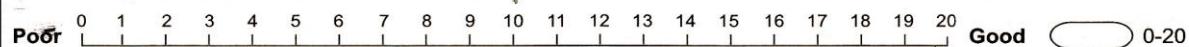
SECTION 3 : CRIME

Record days of shoplifting, drug selling and other categories committed in past four weeks

| | Week 4 | Week 3 | Week 2 | Week 1 | Total |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--|-------------------------------------|
| a. Shoplifting | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-28 |
| b. Drug selling | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-28 |
| c. Theft from or of a vehicle | | | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Enter 'Y' if any yes, otherwise 'N' |
| d. Other property theft or burglary | | | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Enter 'Y' if any yes, otherwise 'N' |
| e. Fraud, forgery and handling stolen goods | | | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Enter 'Y' or 'N' |
| f. Committing, assault or violence | | | | Yes <input type="checkbox"/> No <input type="checkbox"/> | Enter 'Y' or 'N' |

SECTION 4 : HEALTH AND SOCIAL FUNCTIONING

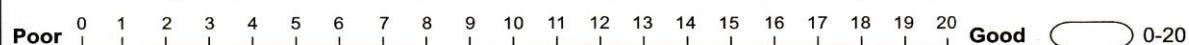
a. Client's rating of psychological health status (anxiety, depression and problem emotions and feelings)



Record days worked and at college or school for the past four weeks

| | Week 4 | Week 3 | Week 2 | Week 1 | Total |
|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|---------------------------|
| b. Days paid work | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-28 |
| c. Days attended college or school | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-7 | <input type="text"/> 0-28 |

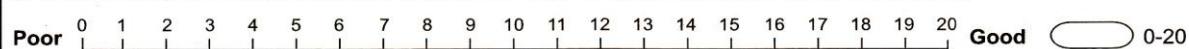
d. Client's rating of physical health status (extent of physical symptoms and bothered by illness)



Record accommodation items for the past four weeks

| | | | |
|--------------------------|------------------------------|-----------------------------|---------------------------------------|
| e. Acute housing problem | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> Enter 'Y' or 'N' |
| f. At risk of eviction | Yes <input type="checkbox"/> | No <input type="checkbox"/> | <input type="text"/> Enter 'Y' or 'N' |

g. Client's rating of overall quality of life (e.g. able to enjoy life, gets on well with family and partner)



**BORANG NOTIFIKASI INSIDEN PROGRAM RAWATAN METHADONE
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

| | | |
|---|---|--------------------------------------|
| NAMA KLINIK : | NEGERI : | |
| MAKLUMAT PESAKIT METHADONE TERLIBAT | | |
| Nama pesakit : | | |
| No KP pesakit : | No ID pesakit | |
| Dos methadone (mg) : | Tempoh dalam rawatan (bulan) : | Diagnosis lain (jika ada) : |
| MAKLUMAT INSIDEN | | |
| Tarikh insiden | Masa insiden | |
| Nama anggota lain yang ada bersama ketika insiden berlaku (jika ada) | Jawatan anggota berkenaan | |
| KATEGORI INSIDEN (bulatkan) <i>Fizikal: perlakuan secara fizikal dilakukan pesakit kepada pegawai</i> | STATUS LAPORAN POLIS (bulatkan) <i>(lampirkan laporan polis jika berkenaan)</i> | |
| Fizikal <input type="checkbox"/> | Nyatakan : | Sudah <input type="checkbox"/> |
| Non Fizikal <input type="checkbox"/> | Nyatakan : | Belum <input type="checkbox"/> |
| Kematian <input type="checkbox"/> | Sila kemukakan laporan kematian sekiranya | Tidak perlu <input type="checkbox"/> |
| KETERANGAN INSIDEN (sila lampirkan dokumen lain sekiranya ruang diberikan tidak mencukupi) | | |
| Dilaporkan oleh: | | Tarikh : |

Borang perlu dihantar dalam tempoh seminggu dari tarikh insiden ke JKN dan seterusnya ke Bahagian Kawalan Penyakit, KKM

**SURAT RUJUKAN PESAKIT UNTUK MENERUSKAN
RAWATAN METHADONE**

Ruj. Kami : _____
Tarikh : _____

Pakar / Pegawai Perubatan
Hospital / Klinik Kesihatan / Klinik Swasta

RUJUKAN PESAKIT UNTUK MENERUSKAN RAWATAN RAWATAN METHADONE

Dengan segala hormatnya perkara di atas adalah dirujuk.

2. Sukacita kiranya pihak tuan dapat meneruskan rawatan Methadone untuk pesakit berikut:-

Nama : _____
No. Kad Pengenalan : _____
No. Daftar Rawatan : _____
Nama Fasiliti Asal : _____
Dos Methadone terkini : _____
(Sila rujuk carta pengubatan yang dikepulkan)

Sekian, terima kasih.

“ BERKHIDMAT UNTUK NEGARA ”

Saya yang menurut perintah

(_____)

Tandatangan dan cop Pegawai Perubatan

SENARAI TUGAS PEGAWAI YANG TERLIBAT DALAM RAWATAN METHADONE

1.0 Pengamal Perubatan Terlatih

- 1.1 Berperanan sebagai ketua perkhidmatan pengurangan kemudaratan di pusat rawatan bagi memastikan perkhidmatan berjalan dengan lancar dan baik.
- 1.2 Membuat pemilihan pesakit bersama anggota klinik yang lain berdasarkan kriteria yang ditetapkan.
- 1.3 Mendapatkan persetujuan (*consent*) pesakit untuk terlibat dalam program methadone.
- 1.4 Memulakan rawatan methadone.
- 1.5 Membuat pengubahsuaian dos berdasarkan penilaian kepada pesakit.
- 1.6 Memberikan rawatan susulan khidmat nasihat kepada pesakit berdasarkan kemajuan pesakit.
- 1.7 Memberi rawatan penyakit dan preskripsi ubatan lain jika perlu.
- 1.8 Membuat penilaian rawatan berdasarkan *Opiat Treatment Index* pesakit.
- 1.9 Merancang dan menjadualkan aktiviti kaunseling bersama pesakit.
- 1.10 Membuat keputusan mengenai isu-isu berkaitan pesakit dengan mengambil kira pandangan dari anggota yang lain.
- 1.11 Melakukan notifikasi bagi kes penyakit berjangkit yang dikesan.
- 1.12 Membuat rujukan kepada pakar berkaitan bergantung kepada masalah perubatan pesakit.
- 1.13 Bekerjasama dengan agensi-agensi berkaitan mengikut keperluan pesakit.
- 1.14 Membuat keputusan untuk mengeluarkan pesakit dari program methadone jika tidak mematuhi peraturan yang ditetapkan.
- 1.15 Memberi ceramah kesihatan yang berkaitan dengan program methadone.
- 1.16 Menghadiri mesyuarat yang berkaitan dengan perlaksanaan program methadone.
- 1.17 Mengadakan mesyuarat fasiliti methadone secara berkala untuk membincangkan semua isu berkaitan rawatan methadone setempat dan perbincangan kes.

- 1.18 Menyelia tugas kesemua anggota yang terlibat dalam program methadone.
- 1.19 Menyemak dan memastikan reten berkaitan dihantar mengikut jadual.
- 1.20 Terlibat dalam memberi latihan kepada anggota kesihatan yang terlibat dalam program methadone.
- 1.21 Melibatkan diri dalam kajian yang berkaitan program methadone.

2.0 Pegawai Farmasi

- 2.1 Memastikan semua aktiviti farmasi rawatan methadone diuruskan mengikut akta, polisi, peraturan dan garis panduan sedia ada.
- 2.2 Memastikan aktiviti pendispensan methadone dilakukan pada setiap hari dengan kehadiran assistant.
- 2.3 Menjalankan penyaringan preskripsi dan memastikan preskripsi adalah masih dalam tempoh sahlaku, autentik dan lengkap dengan nama, cop jawatan dan tandatangan pakar/pegawai perubatan yang diberi kuasa untuk menulis preskripsi.
- 2.4 Melakukan cadangan kepada Pakar/Pegawai Perubatan berkaitan pengubahsuaian dos dan lain-lain tindakan bersesuaian bagi memastikan pesakit mendapat rawatan yang optima dan kekal dalam program rawatan.
- 2.5 Mengesan tanda-tanda intoksifikasi pada pesakit sebelum pendispensan methadone dilakukan.
- 2.6 Menjalankan pencairan dan mendispensen methadone secara DOT (*Direct Observational Therapy*) atau Dos Bawa Balik (DBB) kepada pesakit methadone yang betul tanpa sebarang risiko penyelewengan oleh pesakit mengikut Garis Panduan Pendispensan Methadone BPF KKM.
- 2.7 Menjalankan penilaian terhadap kesesuaian dos pesakit sepanjang tempoh rawatan.
- 2.8 Merujuk pesakit dan memberi cadangan untuk pemberian DBB kepada Pakar/Pegawai Perubatan.
- 2.9 Memantau agar bekalan bagi DBB tidak disalahguna.
- 2.10 Menyelia Program Pengiktirafan Pendispensan Methadone oleh Penolong Pegawai Farmasi diiktiraf di klinik masing-masing.

- 2.11 Melibatkan diri secara langsung dalam pendidikan pesakit berdasarkan kepada garis panduan kaunseling methadone yang merangkumi ,
- i) Khidmat nasihat individu – dilakukan bagi setiap pesakit yang baru mendapatkan rawatan dan seterusnya jika perlu.
 - ii) Khidmat nasihat berkumpulan – dilakukan mengikut jadual yang ditetapkan di institusi masing-masing.
- 2.12 Memastikan pesakit mendapat bekalan ubat yang berterusan. Pegawai Farmasi bertanggungjawab menguruskan segala urusan bekalan ubatan pesakit bagi kes pesakit yang perlu keluar kawasan seperti SPUB-Methadone, Perkhidmatan Farmasi 1Malaysia (M1M), pergerakan pesakit ke luar Negara dan kemasukan pesakit ke dalam wad. Memantau kehadiran pesakit methadone dan memaklumkannya kepada pakar/pegawai perubatan/ penolong pegawai perubatan untuk tindakan susulan klinik (*default tracing*).
- 2.13 Memberikan maklumat berkaitan perkhidmatan dan ubat-ubatan kepada pesakit, keluarga pesakit dan anggota kesihatan yang lain.
- 2.14 Menjalankan pemantauan dan dokumentasi secara berterusan terhadap status ketagihan, dos, kesan sampingan dan status kesihatan pesakit methadone untuk dirujuk kepada Pakar Perubatan Keluarga/ Pegawai Perubatan bagi tindakan selanjutnya.
- 2.15 Berinteraksi dengan pengamal perubatan sekiranya timbul isu-isu berkaitan preskripsi mahupun pesakit.
- 2.16 Mencadangkan ujian urin bila perlu secara rawak berdasarkan penilaian semasa pesakit.
- 2.17 Memastikan semua rekod dan data statistik berkaitan pendispensan, intervensi dan aktiviti khidmat nasihat yang dijalankan di dokumentan, dikumpulkan dan disimpan dengan baik.
- 2.18 Memastikan rekod-rekod berkaitan sentiasa dikemaskini:
- i) Daftar Preskripsi Bahan Psikotropik (Methadone)
 - ii) Rekod-rekod inventori
- 2.19 Memastikan stok bekalan ubat methadone, naloxone dan keperluan lain sentiasa mencukupi dan membuat pesanan mengikut keperluan.
- 2.20 Memastikan stok ubat methadone disimpan dengan betul dan selamat mengikut akta dan peraturan yang ditetapkan.
- 2.21 Melaporkan segala insiden yang berlaku di Klinik Methadone kepada pengamal perubatan fasiliti methadone, JKN dan Bahagian Perkhidmatan Farmasi, KKM.

- 2.22 Membekal stok methadone kepada fasiliti methadone AADK, penjara dan klinik swasta (Program Methadone KKM) jika berkaitan.
- 2.23 Memastikan laporan dan data-data statistik yang berkaitan dikemaskini pada setiap bulan.
- 2.24 Menyediakan laporan-laporan yang dikehendaki mengikut keperluan.
- 2.25 Membantu memberikan latihan kepada anggota Farmasi.
- 2.26 Menghubungi pesakit yang cicir untuk rawatan methadone.
- 2.27 Melibatkan diri dalam kajian yang berkaitan program methadone.

3.0 Penolong Pegawai Farmasi Yang Mempunyai Akreditasi

- 3.1 Memastikan semua aktiviti farmasi rawatan Methadone diuruskan mengikut akta, polisi, peraturan dan garis panduan sedia ada.
- 3.2 Menjalankan penyaringan preskripsi dan memastikan preskripsi adalah masih dalam tempoh sahlaku, autentik dan lengkap dengan nama, cop jawatan dan tandatangan pakar/pegawai perubatan yang diberi kuasa untuk menulis preskripsi.
- 3.3 Menjalankan pendispensan methadone di bawah seliaan Pegawai Farmasi atau administrasi methadone secara DOT (*Direct Observational Therapy*) atau Dos Bawa Balik (DBB) kepada pesakit methadone yang betul tanpa sebarang risiko penyelewengan oleh pesakit mengikut Garis Panduan Pendispensan Methadone BPF KKM.
- 3.4 Menjalankan penyediaan dos *pre-prepared* di bawah pengawasan Pegawai Farmasi.
- 3.5 Memaklumkan kepada Pegawai Farmasi sekiranya pesakit memerlukan perkhidmatan SPUB/kad M1M/ urusan ke luar negara/ dimasukkan ke dalam wad/ berpindah ke institusi kesihatan yang lain bagi memastikan pesakit mendapat bekalan ubat yang berterusan.
- 3.6 Berinteraksi dengan Pegawai Farmasi sekiranya timbul isu-isu berkaitan preskripsi mahupun pesakit.
- 3.7 Mencadangkan ujian urin bila perlu secara rawak.
- 3.8 Memastikan rekod-rekod berkaitan sentiasa dikemaskini:
 - i) Daftar Preskripsi Bahan Psikotropik (Methadone)
 - ii) Rekod-rekod inventori
- 3.9 Membantu pegawai farmasi bagi memastikan ~~stok~~ bekalan methadone, barang-barang keperluan lain adalah mencukupi dan disimpan dengan betul dan selamat.

- 3.10 Mengesan tanda-tanda intoksifikasi pada pesakit sebelum pendispensan methadone dilakukan.
- 3.11 Memastikan semua rekod dan data statistik berkaitan pendispensan dan khidmat nasihat yang dijalankan didokumenkan, dikumpulkan dan disimpan dengan baik.
- 3.12 Memberikan khidmat nasihat kepada pesakit.
- 3.13 Memantau kesan samping serta kesan advers methadone atau ubatan lain serta memaklumkan kepada pakar / pegawai perubatan / pegawai farmasi untuk tindakan seterusnya.
- 3.14 Merujuk pesakit ke pegawai farmasi / pegawai perubatan / pakar perubatan apabila perlu.
- 3.15 Memaklumkan kepada pegawai farmasi / pegawai perubatan / pakar perubatan berkaitan perkembangan terbaru pesakit.
- 3.16 Membantu menghubungi pesakit yang cicir untuk rawatan methadone.

4.0 Penolong Pegawai Perubatan Kanan

- 4.1 Menyediakan jadual tugas giliran anggota untuk perkhidmatan rawatan methadone.
- 4.2 Menjalankan tugas yang diminta oleh pakar / pegawai perubatan apabila diperlukan
- 4.3 Mewakili pakar / pegawai perubatan untuk menghadiri mesyuarat atau menjalankan sesuatu tugas apabila diperlukan.

5.0 Penolong Pegawai Perubatan/Jururawat Terlatih

- 5.1 Melakukan saringan awal pesakit sebelum didaftarkan ke dalam program methadone.
- 5.2 Menjalankan pendaftaran pesakit baru ke dalam program methadone.
- 5.3 Mengiringi pesakit methadone semasa menjalankan ujian urin.
- 5.4 Menjalankan serta merekod ujian urin, darah dan lain-lain ujian secara berkala dan apabila diarahkan.
- 5.5 Memantau dan merekod aktiviti-aktiviti yang berkaitan program methadone.
- 5.6 Membantu pakar / pegawai perubatan dalam memilih pesakit baru, memantau semasa induksi dan tahap pengekalan.

- 5.7 Menyelaras tarikh temujanji seperti yang ditentukan oleh pakar / pegawai perubatan.
- 5.8 Melakukan kompilasi reten, analisa data dan menghantar laporan berkaitan mengikut masa yang ditetapkan.
- 5.9 Membantu penilaian pesakit melalui pengisian borang-borang OTI dan WHOQOL.
- 5.10 Menguruskan rekod kedatangan pesakit
- 5.11 Memberi khidmat nasihat kepada pesakit.
- 5.12 Merujuk pesakit kepada pakar / pegawai perubatan apabila terdapat keperluan.
- 5.13 Memastikan bekalan dokumen dan bahan pakai buang sentiasa mencukupi.
- 5.14 Membantu pakar / pegawai perubatan mengendalikan sesi khidmat nasihat berkelompok
- 5.15 Menjadi *assistant* kepada pegawai farmasi/ PPF Diiktiraf semasa pendispensan methadone.
- 5.16 Membantu menghubungi pesakit yang cicir untuk rawatan methadone.

6.0 Pembantu Perawatan Kesihatan

- 6.1 Membantu pendaftaran harian pesakit methadone.
- 6.2 Membantu carian fail bagi pesakit methadone untuk kegunaan pegawai farmasi dan pakar / pegawai perubatan.
- 6.3 Mengiringi pesakit methadone semasa menjalankan ujian urin.
- 6.4 Membantu penolong pegawai perubatan dalam menguruskan stok dokumen dan bahan pakai buang.
- 6.5 Menjadi *assistant* kepada pegawai farmasi semasa pendispensan methadone.
- 6.6 Membantu menyediakan dokumen dan peralatan berkaitan yang diperlukan dalam perlaksanaan program methadone.
- 6.7 Membantu menghubungi pesakit yang cicir untuk rawatan methadone.
- 6.8 Menjalankan kerja-kerja yang diarahkan oleh pegawai atasan.

BAB DUA



GARIS PANDUAN PENDISPENSAN METHADONE DI LOKAP

Dengan Kerjasama

Kementerian
Kesihatan Malaysia



Polis Di Raja
Malaysia



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
EDISI KEDUA
MEI 2016

SENARAI TERMINOLOGI

| Bil | Terminologi | Definisi |
|------------|--------------------|---|
| 1. | Orang Kena Tahan | Individu yang ditahan di lokap |
| 2. | Pakar Perubatan | Pakar psikiatri atau Pakar Perubatan Keluarga atau pakar perubatan yang mendapat latihan rawatan methadone. |
| 3. | Pengamal Perubatan | Pakar perubatan atau pegawai perubatan berdaftar di bawah Majlis Perubatan Malaysia |

SENARAI SINGKATAN

| Bil | Singkatan | Definisi |
|------------|------------------|-------------------------------------|
| 1. | DBB | Dos Bawa Balik |
| 2. | DOT | <i>Direct Observation Therapy</i> |
| 3. | JT | Jururawat Terlatih |
| 4. | JTMP | Juruteknologi Makmal Perubatan |
| 5. | KKM | Kementerian Kesihatan Malaysia |
| 6. | OKT | Orang Kena Tahan |
| 7. | PDRM | Polis Di Raja Malaysia |
| 8. | PPP | Penolong Pegawai Perubatan |
| 9. | SOP | <i>Standard Operating Procedure</i> |

ISIKANDUNGAN

| | <u>m/s</u> |
|---|------------|
| 1.0 Pendahuluan | 93 |
| 2.0 Skop | 93 |
| 3.0 Objektif | 93 |
| 4.0 Kriteria | 93 |
| 5.0 Waktu Operasi | 94 |
| 6.0 Bekalan Methadone | 94 |
| 7.0 Tanggungjawab Am | 94 |
| 7.1 Polis DiRaja Malaysia | 94 |
| 7.2 Kementerian Kesihatan Malaysia | 95 |
| 8.0 Perincian Tugas Pendispensan Methadone Di Lokap | 95 |
| 9.0 Dokumentasi | 95 |

LAMPIRAN

| | <u>m/s</u> |
|---|------------|
| Lampiran 1 : Surat Ketua Pengarah Kesihatan, Bil (46) dlm. KKM-171/BKP/ 07/32/ 0475Jld.2 bertarikh 5 November : Pendispensan Methadone Di Lokap | 96 |
| Lampiran 2 : Surat Polis DiRaja Malaysia, rujukan KPN 10/3/7 bertarikh 8 Ogos 2014 – Maklumbalas Pendispensan Methadone Di Lokap. | 97 |
| Lampiran 3 : Notifikasi Permohonan Penyambungan Rawatan Methadone Untuk Orang Kena Tahan | 98 |
| Lampiran 4_CA : Carta Alir Pendispensan Methadone Di Lokap | 99 |
| Lampiran 4_PK : Proses Kerja Pendispensan Methadone Di Lokap | 100 |

1.0 PENDAHULUAN

Rawatan methadone adalah salah satu pendekatan pengurangan mudarat (*Harm Reduction*) bagi mengurangkan kesan kesihatan negatif yang berpunca daripada perilaku berisiko tinggi penagihan di kalangan pengguna opiat. Pemberian methadone dalam dos yang sesuai dapat mengurangkan ketagihan dan mencegah tanda-tanda pengunduran. Rawatan methadone perlu diberikan secara berterusan sepanjang tempoh rawatan bagi memastikan keberkesanan rawatan. Justeru kesinambungan rawatan perlu dititikberatkan walau di mana pesakit berada.

Pendispensan methadone di lokap dilihat sebagai satu keperluan dan perlaksanaan adalah selaras dengan kewajiban Kementerian Kesihatan Malaysia untuk memastikan kesinambungan rawatan pesakit dan pematuhan ke atas hak asasi individu itu sendiri.

Lokap telah diluluskan oleh Ketua Pengarah Kesihatan sebagai salah sebuah pusat pendispensan Methadone melalui surat KPK, Bil (46) dlm. KKM-171/BKP/ 07/32/ 0475Jld.2 bertarikh 5 November 2012 (Lampiran 1). Kelulusan ini adalah sebagaimana yang termaktub di bawah Peraturan – Peraturan Racun (Bahan-Bahan Psikotropik) 1989. Bagi memastikan pendispensan Methadone di lokap dilaksanakan dengan seragam, garis panduan ini diwujudkan demi kepentingan pelbagai pihak yang terlibat. Garis panduan ini telah dipersetujui oleh Polis DiRaja Malaysia bagi tujuan perlaksanaan berkuatkuasa pada 22 Julai 2014 (Lampiran 2 : surat PDRM rujukan KPN 10/3/7 bertarikh 8 Ogos 2014).

2.0 SKOP

Garis panduan ini digunakan oleh anggota kesihatan yang terlatih, bagi pelaksanaan pendispensan Methadone di lokap seliaan PDRM kepada pesakit yang berdaftar di bawah program rawatan methadone atas makluman pihak balai.

3.0 OBJEKTIF

Garis panduan ini diwujudkan sebagai panduan kepada anggota kesihatan dalam melaksanakan pendispensan methadone di lokap bagi memastikan rawatan Methadone dapat diteruskan.

4.0 KRITERIA

- 4.1 Perkhidmatan hanya dijalankan di lokap di bawah seliaan PDRM.
- 4.2 Merupakan pesakit warganegara yang berdaftar di bawah program rawatan methadone. Perkhidmatan adalah bagi tujuan penyambungan rawatan tidak termasuk induksi atau induksi semula methadone.
- 4.3 Maklumat orang kena tahan (OKT) telah dimaklumkan oleh pihak PDRM kepada Pejabat Kesihatan Daerah terdekat.

- 4.4 OKT telah diperiksa dan disahkan layak untuk meneruskan rawatan methadone oleh Pegawai Perubatan.

5.0 WAKTU OPERASI

- 5.1 Notifikasi oleh pihak PDRM perlu dibuat dalam waktu bekerja.
- 5.2 Pemeriksaan dan pendispensan methadone kepada OKT akan dibuat berdasarkan kesesuaian masa klinik kesihatan/hospital yang bertanggungjawab atas persetujuan pihak balai.

6.0 BEKALAN METHADONE

- 6.1 Bekalan dos methadone yang dicairkan akan disediakan oleh anggota farmasi di fasiliti kesihatan berdasarkan dos yang ditetapkan.
- 6.2 Pendispensan methadone kepada OKT adalah secara DOT sahaja walaupun mendapat kebenaran untuk DBB di pusat rawatan methadone asal.

7.0 TANGGUNGJAWAB AM

7.1 Polis DiRaja Malaysia (PDRM)

- 7.1.1 Memaklumkan pihak Pejabat Kesihatan Daerah terdekat mengenai keperluan methadone untuk OKT.
- 7.1.2 Menyediakan ruang yang sesuai bagi membolehkan pemeriksaan dan pendispensan dilakukan.
- 7.1.3 Memastikan keselamatan anggota kesihatan semasa menjalankan pemeriksaan dan pendispensan di lokap. Hanya seorang OKT sahaja dikeluarkan dari sel pada setiap waktu pemeriksaan atau pendispensan.
- 7.1.4 Memastikan dokumen rawatan di lokap diserahkan kepada OKT selepas tamat tempoh tahanan.
- 7.1.5 Memaklumkan pihak klinik kesihatan/hospital yang menjalankan pendispensan methadone di lokap apabila OKT tamat tempoh tahanan lokap.

7.2 Kementerian Kesihatan Malaysia

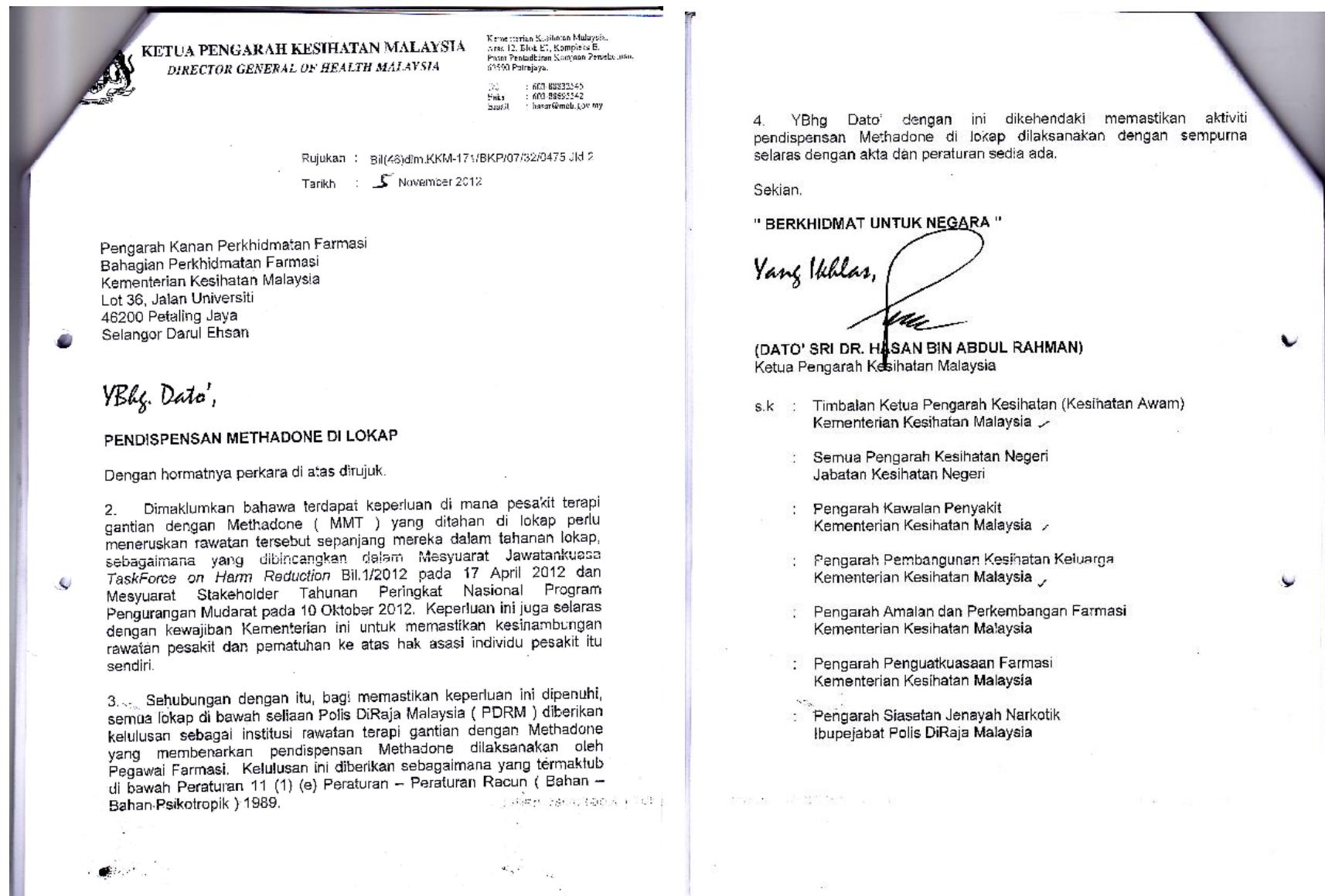
- 7.2.1 Memastikan perkhidmatan pendispensan methadone di lokap dilaksanakan berdasarkan polisi dan garis panduan yang telah ditetapkan.
- 7.2.2 Menyelaras perkhidmatan pendispensan methadone di lokap melalui perbincangan berkala antara pihak PDRM dan KKM di semua peringkat.
- 7.2.3 Memantau perlaksanaan perkhidmatan pendispensan methadone di lokap melalui laporan pembekalan methadone secara bulanan.
- 7.2.4 Memastikan kesinambungan rawatan methadone OKT selepas tamat tempoh tahanan lokap di pusat rawatan asal atau penjara. Sekiranya OKT ingin meneruskan rawatan di pusat rawatan lain, permohonan perpindahan perlu dibuat dari pusat rawatan asal.

8.0 CARTA ALIR DAN PROSES KERJA PENDISPENSAN METHADONE DI LOKAP

Carta alir dan proses kerja dan bagi pendispensan methadone di lokap adalah dinyatakan dalam lampiran 4_CA dan lampiran 4_PK.

9.0 DOKUMENTASI

- 9.1 Dokumentasi dan rekod bagi perlaksanaan pemeriksaan dan pendispensan methadone di lokap adalah seperti yang digariskan dalam polisi dan prosedur operasi piawai sedia ada.
- 9.2 Pengamal perubatan perlu menyediakan surat rujukan yang akan dikepilkhan bersama salinan carta pengubatan Methadone. Kedua-dua dokumen ini disediakan selepas pemeriksaan dan diserahkan untuk simpanan pihak balai. Adalah menjadi tanggungjawab pihak balai untuk menyerahkan kedua-dua dokumen kepada OKT apabila tamat tempoh tahanan bagi memastikan kesinambungan rawatan methadone OKT.





JABATAN PENGURUSAN
POLIS DIRAJA MALAYSIA
BUKIT AMAN
50560 KUALA LUMPUR

TELEFON : 03-226 62222
TELEGRAM : MALAPOL KUALA LUMPUR
TELEX : 70465 PLK 39465
FAX : 03-22748392

KPN 10/3/7

8 Ogos 2014

Dr. Chong Chee Kheong
Pengarah Kawalan Penyakit
Kementerian Kesihatan Malaysia
Aras 3, 4, 5, 6, 8 Blok E10, Kompleks E
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590 Putrajaya



**SUSULAN MAKLUMBALAS GARIS PANDUAN PENDISPENSAN METHADONE
DI LOKAP**

Dengan hormatnya saya diarah merujuk surat tuan rujukan: Bil(1) dlm. KKM-171/BKP/07/32/0475 Jld. 3 bertarikh 20 Jul 2014 mengenai perkara di atas.

2. Dimaklumkan bahawa Jabatan Pengurusan, Polis Diraja Malaysia telah pun membuat edaran kepada semua Ketua Polis Negeri melalui surat bertarikh 22 Julai 2014 rujukan: KPN 10/3/7 mengenai Garis Panduan Pendispensan Methadone yang dikeluarkan oleh Kementerian Kesihatan Malaysia bagi meneruskan rawatan gantian bagi pesakit-pesakit Methadone yang ditahan di lokap-lokap polis.

3. Sehubungan itu, pelaksanaan Garis Panduan Pendispensan Methadone bagi pesakit-pesakit Methadone di lokap-lokap polis di semua Negeri berkuatkuasa mulai **22 Julai 2014**.

Sekian, terima kasih.

"Berkhidmat Untuk Negara"

Saya yang menurut perintah,

(RUSLAN BIN MASSAN) SAC
Timbalan Pengarah Pengurusan (Pentadbiran)
b.p. Pengarah Pengurusan
Polis Diraja Malaysia

s.k : Pengarah Pengurusan

DR Shamsi
16/8
DR SHAHARIL BIN MAHDIMAN
Pengarah Pengurusan (Pentadbiran)
Jabatan Pengurusan (Pentadbiran)
Polis Diraja Malaysia

DR Faridah
DR Shaharil bin Mahdiman
Negeri Fasa
DR. SHAHARIL BIN MAHDIMAN
Ketua Sektor (Pentadbiran)
Wdy

**NOTIFIKASI PERMOHONAN PENYAMBUNGAN RAWATAN METHADONE
UNTUK ORANG KENA TAHAN (OKT)**

Pegawai Kesihatan Daerah _____

MAKLUMAT NOTIFIKASI

Nama OKT (pesakit) : _____

No. KP (Baru) :

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|

(Lama) :

| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|

Pusat Rawatan Asal : _____

No. ID Methadone :

| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

Tarikh Masuk Lokap :

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 /

| | |
|--|--|
| | |
|--|--|

 /

| | | | | |
|--|--|--|--|--|
| | | | | |
|--|--|--|--|--|

Alamat Balai Polis : _____

No. telefon : _____ No. Faks : _____

(.....)
Tandatangan Ketua Balai

Nama dan cop : _____

Tarikh : _____

Nota : sila maklumkan melalui telefon ke Pejabat Kesihatan Daerah terdekat dan faks borang ini.

Untuk diisi oleh Pejabat Kesihatan Daerah

Maklumat fasiliti yang akan mengendalikan kes di atas : _____

Nama Fasiliti : _____

No. telefon : _____ No. Faks : _____

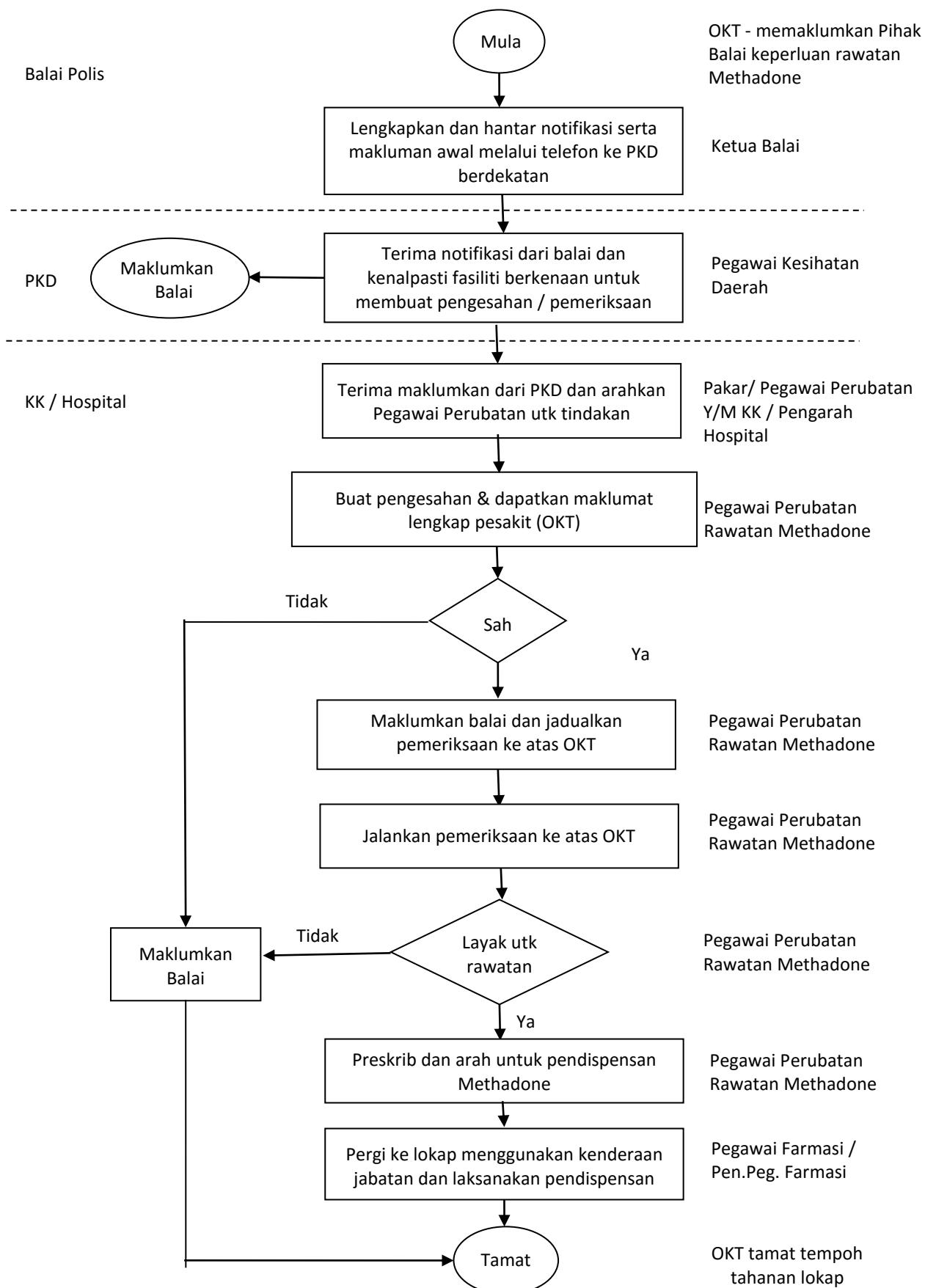
(.....)
Tandatangan Pegawai Kesihatan Daerah

Nama dan cop : _____

Tarikh : _____

Nota : Salinan lengkap perlu dikembalikan kepada pihak balai yang berkenaan dan fasiliti yang akan mengendalikan kes.

CARTA ALIR PENDISPENSAN METHADONE DI LOKAP



PROSES KERJA PENDISPENSAN METHADONE DI LOKAP

| BIL. | TINDAKAN | TANGGUNGJAWAB |
|---------------------------------------|--|--|
| Di Balai | | |
| 1. | Terima makluman dari OKT untuk penyambungan rawatan Methadone. | Anggota balai |
| 2. | Lengkapkan dan hantar borang notifikasi (Lampiran 26) untuk makluman Pejabat Kesihatan Daerah berdekatan. Walau bagaimanapun makluman awal hendaklah dibuat melalui telefon ke Pejabat Kesihatan Daerah berkenaan. | Ketua Balai |
| Di Pejabat Kesihatan Daerah | | |
| 1. | Terima notifikasi dari pihak balai, kenalpasti dan maklumkan klinik kesihatan/hospital yang terlibat untuk mengendalikan kes berkenaan. | Pegawai Kesihatan Daerah |
| 2. | Maklumkan semula kepada pihak balai berkenaan klinik kesihatan/hospital yang akan mengendalikan kes tersebut. | Pegawai Kesihatan Daerah |
| Di Klinik Kesihatan / Hospital | | |
| 1. | Terima makluman Pejabat Kesihatan Daerah dan arahkan Pegawai Perubatan methadone membuat semakan untuk pengesahan rawatan OKT. | Pakar/ Pegawai Perubatan Y/M KK/ Pengarah Hospital |
| 2. | Buat pengesahan dan mendapatkan maklumat lengkap rawatan daripada buku rekod pesakit. | Pegawai Perubatan rawatan methadone |
| 3. | Maklumkan pihak balai; <ol style="list-style-type: none"> Senarai nama dan jawatan anggota kesihatan yang akan menjalankan pemeriksaan OKT serta tarikh pemeriksaan jika maklumat didapati sahih dan OKT memenuhi kriteria rawatan di lokap, atau Penyambungan rawatan tidak dapat dilakukan jika maklumat OKT didapati tidak sahih atau OKT tidak menepati kriteria rawatan di lokap. | Pegawai Perubatan rawatan methadone |
| 4. | Jalankan pemeriksaan ke atas OKT di lokap bagi memastikan OKT layak untuk meneruskan pengambilan methadone. | Pegawai Perubatan rawatan methadone |
| 5. | Tuliskan preskripsi baru untuk pembekalan methadone jika OKT didapati layak dan maklumkan pihak balai jika sebaliknya. | Pegawai Perubatan rawatan methadone |
| 6. | Maklumkan pegawai farmasi untuk menjalankan pendispensan methadone di lokap bagi OKT yang layak. | Pegawai Perubatan rawatan methadone |
| 8. | Laksanakan pendispensan methadone secara terus kepada OKT di lokap sehingga tamat tempoh tahanan lokap. | Pegawai Farmasi/ Penolong Peg. Farmasi diiktiraf |

BAB TIGA



GARIS PANDUAN PENDISPENSAN METHADONE UNTUK NELAYAN LAUT DALAM

Kerjasama

Kementerian Kesihatan Malaysia (KKM)
Lembaga Kemajuan Ikan Malaysia (LKIM)
Polis DiRaja Malaysia (PDRM)

BAHAGIAN KAWALAN PENYAKIT
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
MEI 2016

ISIKANDUNGAN

| | <u>m/s</u> |
|--|------------|
| 1.0 Pendahuluan | 103 |
| 2.0 Skop | 104 |
| 3.0 Objektif | 104 |
| 4.0 Perlaksanaan Rawatan Methadone Untuk Nelayan | 104 |
| 4.1 Isu – Isu Perlaksanaan | 104 |
| 4.2 Faktor – Faktor Yang Perlu Diberi Perhatian Dalam Perlaksanaan | 105 |
| 4.3 Prosedur Pendispensan Methadone Untuk Nelayan Laut Dalam | 106 |
| 5.0 Kesimpulan | 106 |

LAMPIRAN

| | <u>m/s</u> |
|--|------------|
| Lampiran 1_CA : Carta Alir Pendispensan methadone Untuk Nelayan Laut Dalam | 107 |
| Lampiran 1_PK Proses Kerja Pendispensan methadone Untuk Nelayan Laut Dalam | 108 |

1.0 PENDAHULUAN

Rawatan methadone adalah salah satu pendekatan pengurangan kemudaratan (*Harm Reduction*) bagi mengurangkan kesan kesihatan yang negatif berpunca daripada perilaku berisiko tinggi di kalangan pengguna opiat yang berkongsi jarum dan alatan untuk menyuntik dadah. Perkongsian alat suntikan juga mendedahkan kepada jangkitan HIV dan juga virus-virus lain yang berjangkit melalui darah seperti jangkitan hepatitis B dan hepatitis C. Seterusnya, penularan jangkitan juga boleh berlaku melalui hubungan seks yang tidak selamat kepada pasangan seks mereka termasuk isteri.

Pekerjaan mereka yang sentiasa bergerak, pengaruh rakan-rakan, dadah dan alkohol menyebabkan mereka terdedah kepada jangkitan HIV. Kajian meta-analysis melibatkan tingkah laku seksual di kalangan nelayan di Africa and Asia oleh Alex Smolak et al¹ mendapati 42% nelayan terlibat dalam urusniaga seks (transactional sex) di mana 48% tidak menggunakan kondom bila melakukan seks dengan pekerja seks wanita, 90 % mempunyai pasangan seks selain daripada pasangan tetap (*regular sex partner*) dan hanya 7% menggunakan kondom bila melakukan seks dengan pasangan tetap mereka. Berdasarkan hasil kajian ini, tindakan yang terancang adalah perlu untuk menangani jangkitan HIV di kalangan nelayan dan jaringan aktiviti seksual mereka., *The State of World Fisheries and Agriculture 2006*² melaporkan prevalen HIV di Afrika, Asia dan Latin Amerika adalah diantara 4 hingga14 kali ganda lebih tinggi daripada purata prevalen HIV di kalangan orang dewasa berusia 15 – 49 tahun. Didapati prevalen HIV dikalangan nelayan ialah setinggi 30% dan mereka mempunyai risiko jangkitan HIV yang sama seperti pekerja seks, pemandu lori, dan banduan di penjara.

Kajian di kalangan nelayan oleh Centre of Excellence for Research in AIDS (CERIA)³ University of Malaya dalam tahun 2012 melibatkan 406 responden mendapati 46 % nelayan adalah penagih dadah dan 37.4 % adalah penagih dadah suntikan (PDS). 26 % daripada PDS adalah HIV positif, 8.4 % berkongsi alat suntikan. 25 % aktif secara seksual dan mempunyai pasangan tetap. Terdapat 6 % daripada mereka mempunyai pasangan seks selain pasangan tetap. Hanya 27 % menggunakan kondom dengan pasangan tetap dan 2.5 % pula terlibat dalam aktiviti homoseksual sesama mereka.

Entz et al⁴ dalam kajian prevalen HIV-1 subtypes dan faktor risiko di kalangan 582 nelayan di Teluk Thailand dan Laut Andaman mendapati 15.5 % daripada mereka adalah HIV-1 positif (14.6 % Thai, 16.1 % Myanmar dan 20.2 % adalah Kemboja). Oleh itu, pasangan seks kepada nelayan juga perlu dilindungi kerana mereka amat berisiko untuk dijangkiti HIV dan penyakit kelamin⁵.

Nelayan laut di Malaysia terdiri daripada Nelayan Pantai dan Nelayan Laut Dalam. Majoriti nelayan laut dalam di Semenanjung Malaysia adalah daripada Thailand, Myanmar dan Kemboja. Mereka ini tiada ahli keluarga di Malaysia serta tidak mempunyai tempat tinggal yang tetap. Mereka tinggal di dalam bot semasa bot mereka berlabuh atau berehat di jeti/pusat penurunan hasil tangkapan.

Jangkitan HIV dikalangan nelayan merupakan masalah kesihatan awam yang serius dan demi memastikan program methadone bagi kumpulan ini dapat dilaksanakan dengan seragam, garispanduan perlu diwujudkan demi kepentingan pelbagai pihak yang terlibat.

Pemberian methadone dalam dos yang sesuai akan dapat mengurangkan penularan jangkitan dan dalam masa yang sama dapat mengurangkan ketagihan dan mencegah pengunduran (*withdrawal*). Rawatan dengan methadone perlu diberikan secara berterusan bagi memastikan keberkesanan rawatan, oleh itu kaedah perlaksanaan mesti mengambil kira keperluan pesakit untuk meneruskan rawatan seperti waktu bekerja, jarak daripada pusat rawatan methadone dan sokongan daripada keluarga dan masyarakat.

Program rawatan methadone untuk nelayan terutama nelayan laut dalam dilihat sebagai satu keperluan dan perlaksanaan adalah selaras dengan kewajipan Kementerian Kesihatan Malaysia untuk memastikan kemudahcapaian, kesinambungan rawatan pesakit dan pematuhan ke atas hak asasi individu itu sendiri.

2.0 SKOP

Menjalankan program rawatan methadone di kalangan nelayan di semua fasiliti rawatan methadone.

3.0 OBJEKTIF

Garis panduan ini diwujudkan sebagai panduan kepada semua agensi yang terlibat dalam perlaksanaan program rawatan methadone di kalangan nelayan dan memastikan ianya dilaksanakan dengan seragam di seluruh Negara.

4.0 PERLAKSANAAN RAWATAN METHADONE UNTUK NELAYAN

Secara amnya, perlaksanaan rawatan methadone untuk nelayan adalah berpandukan kepada polisi dan prosedur operasi piawai program dengan rawatan methadone sedia ada.

Beberapa penyelarasan perlu di lakukan di peringkat kemudahan kesihatan bagi meningkatkan kemudahcapaian nelayan untuk menyertai program dan seterusnya kekal dalam program seperti di perenggan 4.2.

4.1 Isu-Isu Perlaksanaan

Nelayan adalah kumpulan berisko tinggi yang berbeza dengan kumpulan berisko tinggi lain terutama dari segi jenis kerja dan keadaan sosial setempat. Terdapat beberapa isu yang perlu diberi-perhatian oleh anggota petugas dalam melaksanakan program rawatan methadone untuk nelayan diantaranya ialah :

- 4.1.1 Bagi nelayan laut dalam, waktu kerja di laut adalah selama 3 hari hingga 14 hari manakala bagi nelayan pantai, waktu kerja nelayan secara umumnya mulai 5 pagi hingga 5 petang atau lebih yang menyebabkan timbul kesukaran untuk nelayan menyertai rawatan methadone kerana secara amnya klinik hanya dibuka dalam waktu pejabat sahaja (mulai 8.00 pagi hingga 5.00 petang).

- 4.1.2 Fasa induksi memerlukan masa untuk stabiliti iaitu diantara 3 minggu hingga 2 bulan untuk pesakit mencapai tahap stabil dan pesakit perlu hadir ke klinik setiap hari termasuk cuti hujung minggu dan cuti umum.
- 4.1.3 Begitu juga semasa Fasa Pengekalan/maintenance, pesakit perlu hadir ke klinik setiap hari bagi mengambil ubat methadone secara DOTS.
- 4.1.4 Bagi kes yang telah stabil, Dos Bawa Balik (DBB) dibenarkan hanya untuk maksimum 3 hari tidak sesuai dengan tempoh kerja bagi nelayan laut dalam.

4.2 Faktor-Faktor Yang Perlu Diberi Perhatian Dalam Perlaksanaan

Beberapa penyelarasan perlu di lakukan di peringkat klinik kesihatan bagi meningkatkan keupayaan nelayan menyertai program dan seterusnya kekal dalam program. Di antara penyelarasan yang perlu dilaksanakan adalah seperti berikut:

4.2.1 Pengendalian Fasa Induksi :

Sepanjang tempoh induksi, nelayan perlu hadir ke klinik sehingga stabil atau Induksi di mulakan semasa musim tengkujuh di mana majoriti nelayan tidak ke laut.

4.2.2 Pengendalian Fasa Pengekalan (*Maintenance*)

- i. Adalah penting bagi dos Methadone diberikan secara DOT, walau bagaimana pun bagi nelayan laut dalam Pegawai Perubatan boleh menggunakan budi bicara untuk membenarkan DBB selama 4 hingga 14 hari kepada mereka yang stabil dan memenuhi syarat-syarat.
- ii. Penggunaan buku log atau kad boleh digunakan bagi tujuan pengesahan bahawa pesakit turun ke laut dalam tempoh yang dinyatakan dan juga untuk pemantauan pengambilan ubat methadone.

4.2.3 Pengendalian Dos Bawa Balik (*Take Away Dose*):

- i. DBB selama 4 hingga 14 hari kepada mereka yang stabil dan memenuhi syarat-syarat untuk DBB melalui penilaian menggunakan *checklist Assessment of Patient's Stability for Take Away Dose*.
- ii. Jika sekiranya, pesakit memerlukan DBB lebih daripada 14 hari, Pegawai Perubatan perlu berbincang dengan Pegawai AIDS Negeri.
- iii. Petugas klinik perlu menjelaskan kepada pesakit untuk bertanggungjawab dalam mengendalikan DBB dengan cara betul termasuk kaedah penyimpanan ubat methadone yang selamat.

- iv. Pegawai Farmasi perlu memberi tunjukajar tentang kaedah pencairan (*dilution*) yang akan dilakukan oleh pesakit DBB melebihi 6 hari.

4.3 Prosedur Pendispensan Methadone Bagi Nelayan Laut Dalam

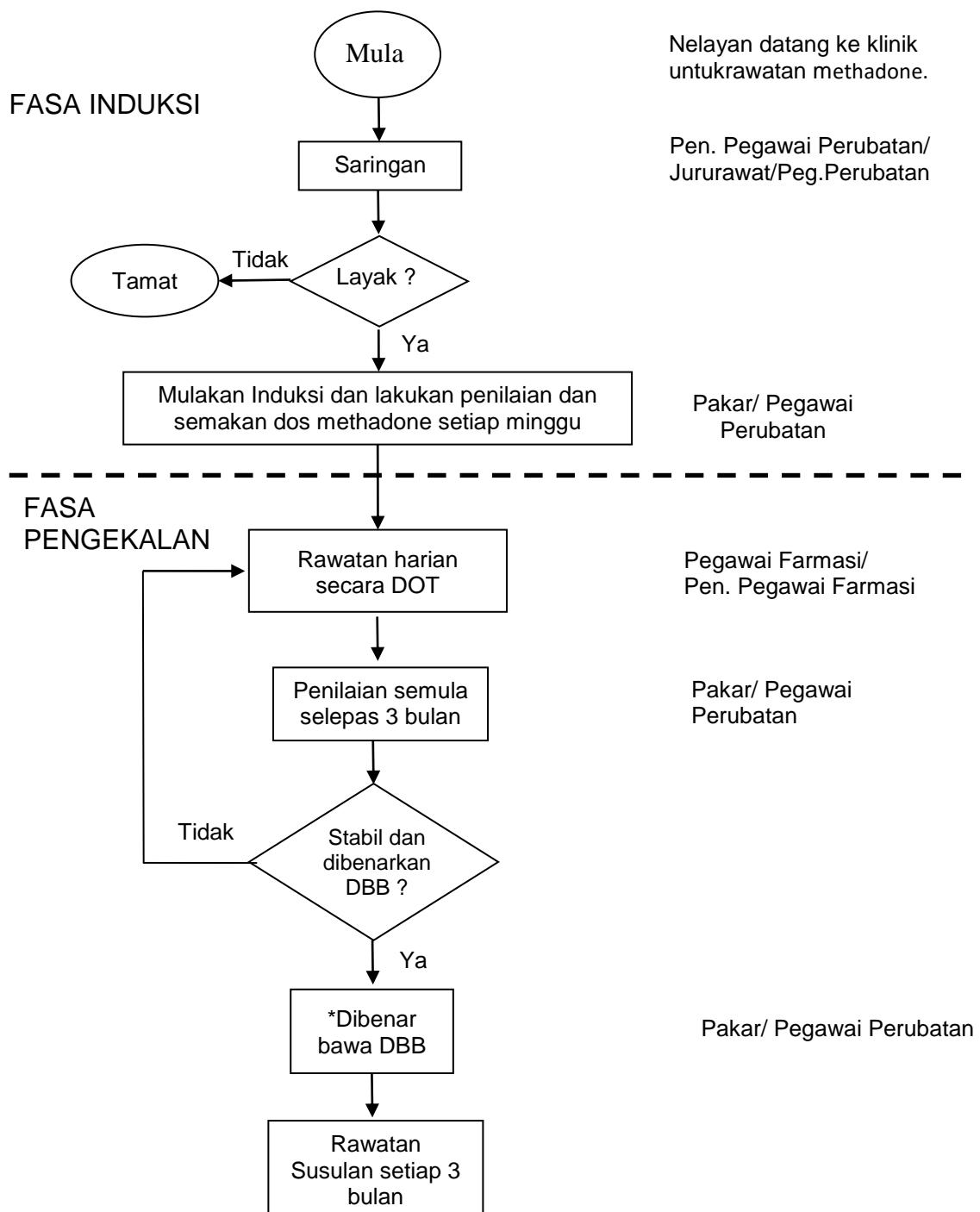
- 4.3.1 Pesakit perlu menyerahkan dokumen berikut kepada Pegawai Perubatan dan Pegawai Farmasi:
 - i. Kad nelayan
 - ii. Dokumen pergerakan ke laut dalam oleh Jabatan Laut
- 4.3.2 Pengamal perubatan yang merawat perlu mengisikan borang *Assessment of Patient's Stability for Take Away Dose*.
- 4.3.3 Pegawai Farmasi akan membekalkan dos bawa balik mengikut tempoh pergerakan pesakit semasa di laut dalam (maksima 14 hari) selepas mendapatkan kebenaran Pakar/Pegawai Perubatan.
- 4.3.4 Penyediaan bekalan sirap methadone:
 - i. Bekalan secara unit dos.
 - a. Tempoh lawatan \leq 1 minggu: dalam kepekatan DBB
 - b. Tempoh lawatan $>$ 1 minggu: dalam kepekatan asal. Pesakit perlu diberi maklumat pencairan sirap methadone yang sewajarnya secara bertulis.
 - ii. Pembekalan menggunakan botol yang bersesuaian dan setiap botol dilabelkan dengan label yang telah ditetapkan.

Carta alir rawatan methadone dan proses kerja bagi pendispensan methadone untuk nelayan laut dalam adalah dinyatakan dalam lampiran 1-CA dan lampiran 1_PK.

5.0 KESIMPULAN

Oleh kerana nelayan laut dalam adalah golongan yang berisiko untuk di jangkitan HIV dan juga penyakit bawaan darah yang lain seperti Hepatitis B dan Hepatitis C maka adalah sangat wajar program rawatan methadone dilaksanakan dengan mengambilkira *nature of work and social circumstances* mereka. Program ini juga mampu membantu pencegahan penularan HIV kepada pasangan seks mereka. Kaedah perlaksanaan rawatan methadone untuk nelayan perlu dilaksanakan melalui pendekatan yang terarah kepada keperluan khusus yang melibatkan kumpulan mereka dan memerlukan komitmen yang tinggi daripada pelbagai pihak yang berkaitan.

CARTA ALIR RAWATAN METHADONE UNTUK NELAYAN LAUT DALAM



PROSES KERJA PENDISPENSAN METHADONE UNTUK NELAYAN LAUT DALAM

| BIL. | TINDAKAN | TANGGUNGJAWAB |
|------|--|---|
| 1. | Pesakit hendaklah memaklumkan pengamal perubatan dan pegawai farmasi untuk tugas ke laut dalam. | Pesakit |
| 2. | Pesakit perlu menyerahkan dokumen berikut kepada Pegawai Perubatan dan Pegawai Farmasi: a) Kad nelayan b) Dokumen pergerakan ke laut dalam oleh Jabatan Laut | • Pesakit • Pengamal Perubatan / Pegawai Farmasi |
| 3. | Pesakit dirujuk ke Pengamal Perubatan. | • Pesakit • Pengamal Perubatan |
| 4. | Pengamal perubatan yang merawat perlu mengisikan borang <i>Assessment of Patient's Stability for Take Away Dose</i> . | Pengamal Perubatan |
| 5. | Pegawai Farmasi akan membekalkan dos bawa balik mengikut tempoh pergerakan pesakit semasa di laut dalam (maksima 14 hari) selepas mendapatkan kebenaran Pakar/Pegawai Perubatan. | Pegawai Farmasi |
| 6. | Penyediaan bekalan sirap methadone: i. Bekalan secara unit dos. c. Tempoh lawatan ≤ 1 minggu: dalam kepekatan DBB d. Tempoh lawatan > 1 minggu: dalam kepekatan asal. Pesakit perlu diberi maklumat pencairan sirap methadone yang sewajarnya secara bertulis. ii. Pembekalan menggunakan botol yang bersesuaian dan setiap botol dilabelkan dengan label yang telah ditetapkan. | Pegawai Farmasi |

BAB EMPAT



GARIS PANDUAN PENGURUSAN RAWATAN METHADONE DI FASILITI SWASTA

Kerjasama

Kementerian Kesihatan Malaysia
Wakil Pengamal Perubatan Swasta
Majlis AIDS Malaysia dan Afiliate

BAHAGIAN KAWALAN PENYAKIT
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
MEI 2016

ISIKANDUNGAN

| | m/s |
|--|------------|
| 1.0 Pengenalan | 112 |
| 2.0 Objektif | 112 |
| 3.0 Syarat Pelaksanaan Program Rawatan Methadone Di Fasiliti Swasta | 112 |
| 4.0 Pematuhan Peraturan – Peraturan Racun (Bahan-Bahan Psikotropik) 1989 | 113 |
| 4.1 Perekodan Methadone | 113 |
| 4.2 Penyimpanan Methadone | 114 |
| 4.3 Pembekalan Methadone | 114 |
| 4.4 Pelabelan Methadone | 114 |
| 5.0 Permit Membeli Dan Mengguna Bahan Psikotropik, Methadone Dan Buprenorphine | 115 |
| 6.0 Pemantauan Rawatan Methadone Di Fasiliti Swasta | 115 |
| 7.0 Kolaborasi Fasiliti Swasta Dalam Rawatan Methadone dengan KKM | 115 |

LAMPIRAN

| | | m/s |
|-------------|--|-----|
| Lampiran 1 | : Daftar Preskripsi Untuk Bahan Psikotropik Dan Rekod Membeli Dan Mengguna Methadone Dan Buprenorphine | 119 |
| Lampiran 2 | : Format Daftar Preskripsi Untuk Bahan Psikotropik (Methadone) | 120 |
| Lampiran 3 | : Pelabelan Bahan Psikotropik (Methadone) | 124 |
| Lampiran 4 | : Senarai Semak Audit Penyeliaan dan Pemantauan Methadone | 122 |
| Lampiran 5 | : Carta Alir Permohonan Fasiliti Swasta Mengikuti Program Rawatan Methadone KKM | 123 |
| Lampiran 6 | : Borang Permohonan Fasiliti Swasta Mengikuti Program Rawatan Methadone KKM | 124 |
| Lampiran 7 | : Format Ulasan Permohonan Fasiliti Swasta Mengikuti Program Rawatan Methadone KKM _Format Ulasan Unit Penguatkuasaan Farmasi Jabatan Kesihatan Negeri | 126 |
| Lampiran 8 | : Format Ulasan Permohonan Fasiliti Swasta Mengikuti Program Rawatan Methadone KKM _Format Ulasan Unit <i>Kawalan Amalan Perubatan Swasta (UKAPS)</i> Jabatan Kesihatan Negeri | 127 |
| Lampiran 9 | : Ulasan Keseluruhan Permohonan Fasiliti Swasta Mengikuti Program Rawatan Methadone KKM | 128 |
| Lampiran 10 | : Borang Ringkasan Penggunaan Stok Methadone Oleh Klinik Swasta Dalam Program Rawatan Methadone Kementerian Kesihatan Malaysia | 129 |
| Lampiran 11 | : Borang KEW.PS 11 – Permohonan Stok Methadone oleh Pengamal Perubatan Swasta | 130 |
| Lampiran 12 | : Proses Kerja Pembekalan Stok Sirap Methadone Kepada Fasiliti Swasta Yang Mengikuti Program Rawatan Methadone KKM | 131 |
| Lampiran 13 | : Carta Alir Pembekalan Stok Sirap Methadone Kepada Fasiliti Swasta Yang Mengikuti Program Rawatan Methadone KKM | 132 |
| Lampiran 14 | : Reten Bulanan Bagi Program Rawatan Methadone | 133 |
| Lampiran 15 | : Format Reten Farmasi: Maklumat Bekalan Dan Pendispensan Methadone Di Klinik Swasta (Program Methadone Kementerian Kesihatan Malaysia) | 135 |

1.0 PENGENALAN

Penglibatan Fasiliti swasta dalam program rawatan methadone merupakan satu kolaborasi penting dalam memastikan pesakit mempunyai pilihan dalam mendapatkan rawatan terapi gantian.

Sehingga Disember 2015, sebanyak 352 fasiliti swasta menyediakan rawatan terapi gantian sama ada dengan menggunakan buprenorphine atau methadone dengan seramai 44,361 pesakit berdaftar (SPIKE 2015, KKM).

2.0 OBJEKTIF

Garis panduan ini disediakan bagi memperjelaskan mengenai perkara-perkara yang perlu dipatuhi bagi pelaksanaan rawatan methadone di fasiliti swasta.

3.0 SYARAT PELAKSANAAN PROGRAM RAWATAN METHADONE DI FASILITI SWASTA

- 3.1 Pengamal swasta yang menjalankan rawatan methadone mestilah pengamal perubatan berdaftar yang terlatih.
- 3.2 Fasiliti swasta mestilah berdaftar / berlesen di bawah Akta Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta 1998 (Akta 586) dan Peraturan-Peraturan Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta (Klinik Perubatan Swasta atau Klinik Pergigian Swasta) 2006.
- 3.3 Prosedur rawatan methadone di fasiliti swasta berpandukan kepada garis panduan rawatan methadone
- 3.4 Pengendalian bahan psikotropik di fasiliti swasta perlu mematuhi Akta Racun 1952 dan Peraturan-Peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989.
- 3.6 Fasiliti swasta yang menyediakan rawatan methadone mestilah mempunyai Permit Membeli Dan Mengguna Bahan Psikotropik (Methadone dan Buprenorphine) yang sah di bawah Peraturan-Peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989 dan mematuhi syarat-syarat permit berkenaan.
- 3.7 Pendispensan methadone adalah secara *Direct Observation Therapy (DOT)*.
- 3.8 DBB boleh diberikan bagi mereka yang memenuhi kriteria DBB dan mematuhi cara pembekalan DBB seperti pada para 9.6 Polisi dan Prosedur Piawai Program Rawatan Methadone KKM
- 3.9 Sasarkan agar pesakit mendapat dos teraputik
- 3.10 Pengamal Perubatan swasta hendaklah mewujudkan satu rekod pembekalan methadone kepada pesakit yang ditandatangani oleh pesakit sebagai pengesahan bekalan yang dilakukan.

4.0 PEMATUHAN PERATURAN-PERATURAN RACUN (BAHAN PSIKOTROPIK) 1989

4.1 PEREKODAN METHADONE

Perekodan methadone adalah tertakluk kepada peraturan 19 dan 22 Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989 dan syarat permit.

4.1.1 Peraturan 19 di dalam Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989.

Pengamal perubatan yang membekalkan/administer methadone hendaklah,

- i) Menyimpan dan menyenggara Daftar Preskripsi Untuk Bahan Psikotropik (methadone).
- ii) Merekodkan butiran pembekalan/administrasi berikut pada hari pembekalan/administrasi dibuat.
 - a) Tarikh pembekalan dan no siri
 - b) Nama dan kekuatan methadone yang dibekal/administer
 - c) Kuantiti methadone yang dibekal /-diadminister
 - d) Nama pesakit
 - e) No kad pengenalan atau nombor paspot
 - f) Alamat pesakit

4.1.2 Pemegang permit perlu menyimpan rekod mengikut format seperti yang dinyatakan dalam syarat Permit (Lampiran 1)

4.1.3 Peraturan 22 di dalam Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989

Daftar itu hendaklah disimpan dan disenggarakan seperti berikut:

- i) Suatu daftar berasingan bagi setiap jenis bahan psikotropik
- ii) Merekod setiap kuantiti methadone yang diterima dan diadminister,
- iii) Mencatatkan nama dan alamat pembekal,
- iv) Mencatatkan tarikh di mana bahan-bahan psikotropik diterima/diadministrasi
- v) Merekod jumlah baki stok methadone dalam milikan
- vi) Tidak boleh membuat apa-apa pindaan dalam daftar itu, dan mananya pembetulan hendaklah dibuat dengan cara nota kaki dengan mencatatkan tarikh pembetulan dibuat.
- vii) Catatan dibuat dalam susunan kronologi berkenaan dengan entri terdahulu dalam daftar
- viii) Daftar disimpan di premis yang menjalankan pembekalan

4.1.4 Peraturan 23 di dalam Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989

- i) Daftar methadone hendaklah dalam bentuk *bound book*
- ii) Daftar disimpan untuk tempoh dua tahun dari tarikh catatan terakhir dalam daftar itu.

Contoh format daftar preskripsi methadone adalah seperti di Lampiran 2.

4.2 PENYIMPANAN METHADONE

Mematuhi peraturan 24 di dalam Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989 seperti berikut;

- 4.2.1 Methadone disimpan di tempat penyimpanan yang selamat dan berkunci di premis dimana pembekalan/administrasi berlaku (bagi mengelakkan sebarang kecurian atau pemesongan)
- 4.2.2 Dikunci dan dibuka oleh pengamal perubatan berdaftar
- 4.2.3 Kunci mesti disimpan oleh pengamal perubatan berdaftar

4.3 PEMBEKALAN METHADONE

Mematuhi peraturan 11 di dalam Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989 seperti berikut;

Pembekalan methadone hanya boleh dilakukan oleh pengamal perubatan yang berdaftar untuk pesakitnya sahaja

4.4 PELABELAN METHADONE

Mematuhi Peraturan 28 di dalam Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989 seperti berikut;

- 4.4.1 bekas ubat methadone hendaklah dilabelkan, dengan cara yang mudah dilihat dan dicatatkan
 - i) Nama dan alamat penuh klinik
 - ii) Nama pesakit
 - iii) Arahan pengambilan ubat
 - iv) Tarikh pembekalan
 - v) Nama dan kekuatan ubat

Contoh pelabelan ubat methadone adalah seperti di Lampiran 3

5.0 PERMIT MEMBELI DAN MENGGUNA BAHAN PSIKOTROPIK, (METHADONE DAN BUPRENORPHINE)

Permit Membeli Dan Mengguna Bahan Psikotropik (Methadone dan Buprenorphine) diperbaharui mengikut tempoh sah permit.

Permohonan dan pembaharuan permit dibuat secara atas talian di <http://www.myspikes.gov.my>

Pemegang permit perlu mematuhi syarat-syarat permit yang telah ditetapkan.

6.0 PEMANTAUAN RAWATAN METHADONE DI FASILITI SWASTA

6.1 Aspek penyeliaan dan pemantauan program rawatan methadone di klinik swasta;

6.1.1 Pematuhan ke atas Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989 dan syarat-syarat Permit Membeli dan Mengguna Bahan Psikotropik (Methadone dan Buprenorphine).

- Penyeliaan dan pemantauan oleh Penguatkuasaan Farmasi JKN.

6.1.2 Pematuhan syarat prosedur rawatan methadone

- Penyeliaan dan pemantauan oleh pegawai yang bertanggungjawab di JKN/Pegawai Kesihatan Daerah.

6.2 Pemberitahuan lawatan pemantauan dan penyeliaan ini hendaklah dimaklumkan kepada klinik swasta tersebut sekurang-kurangnya dua minggu (2) sebelum lawatan dibuat.

6.3 Senarai semak penyeliaan dan pemantauan hendaklah disertakan bersama pemberitahuan lawatan (senarai semak adalah seperti di lampiran 4)

6.4 Laporan penyeliaan dan pemantauan hendaklah disediakan dan sesalinan diberi kepada Cawangan Penguatkuasa Farmasi Negeri.

7.0 KOLABORASI FASILITI SWASTA DALAM PROGRAM RAWATAN METHADONE KKM

7.1 Penglibatan fasiliti swasta dalam program rawatan methadone KKM merupakan satu kolaborasi penting dalam memastikan pesakit mempunyai pilihan dalam mendapatkan rawatan methadone.

Carta alir bagi permohonan fasiliti swasta untuk mengikuti program rawatan methadone KKM adalah seperti di lampiran 5.

7.2 Permohonan boleh dikemukakan kepada Pengarah Kesihatan Negeri melalui surat atau borang permohonan (Lampiran 6).

- 7.3 Jabatan Kesihatan Negeri (JKN) akan membuat semakan ke atas permohonan tersebut dan mendapatkan ulasan dan pertimbangan daripada;
- 7.3.1 Bahagian Perkhidmatan Farmasi JKN dari aspek pematuhan ke atas Peraturan – Peraturan Racun (Bahan-Bahan Psikotropik) 1989. Format ulasan seperti di Lampiran 7.
- 7.3.2 Unit Kawalan Perubatan Amalan Swasta (UKAPS) JKN dari aspek pelesenan dan pematuhan amalan. Format ulasan seperti di Lampiran 8.
- 7.4 Lawatan ke fasiliti swasta (pemohon) boleh dilakukan jika perlu. Pemberitahuan lawatan ke fasiliti swasta hendaklah dibuat sekurang-kurangnya dua (2) minggu sebelum lawatan dibuat berserta senarai semak syarat pemeriksaan untuk rujukan.
- 7.5 Pegawai yang bertanggungjawab di JKN akan mengemukakan ulasan keseluruhan permohonan tersebut kepada Pengarah Kesihatan Negeri untuk persetujuan sebelum dikemukakan Bahagian Kawalan Penyakit, KKM. Format ulasan keseluruhan seperti di Lampiran 9.
- 7.6 Surat lantikan akan dikeluarkan oleh Bahagian Kawalan Penyakit, KKM berdasarkan ulasan dan persetujuan daripada Jabatan Kesihatan Negeri.
- 7.7 Prosedur bagi menjalankan program ini hendaklah mengikuti garis panduan rawatan methadone yang dikeluarkan oleh KKM.
- 7.8 Pelaksanaan program ini hendaklah mematuhi segala keperluan yang telah diperuntukkan di bawah Akta Racun 1952 dan Peraturan – Peraturan Racun (Bahan-Bahan Psikotropik) 1989 serta akta / peraturan lain yang berkaitan.
- 7.9 Fasiliti swasta perlu memohon untuk mendapatkan Permit Membeli Dan Mengguna Bahan Psikotropik (Methadone dan Buprenorphine).
- 7.10 Pembekalan sirap methadone ke fasiliti swasta yang mengikuti program rawatan methadone KKM.
- i. Bekalan sirap methadone akan dibekalkan kepada fasiliti swasta adalah berdasarkan bilangan pesakit yang dikenalpasti dan dos pesakit.
 - ii. Pengamal perubatan swasta di Fasiliti swasta berkenaan hendaklah melengkapkan dokumen berikut dan menyerahkannya kepada Pegawai Farmasi yang berkenaan;
 - a. Borang Ringkasan Penggunaan Stok Methadone Oleh Klinik Swasta Dalam Program Rawatan Methadone Kementerian Kesihatan Malaysia (Lampiran 10) dan
 - b. Borang KEW.PS.11 Permohonan Stok Methadone (Lampiran 11)

(Proses dan carta alir pembekalan stok methadone dari fasiliti KKM kepada fasiliti swasta yang mengikuti program rawatan methadone KKM adalah seperti di Lampiran 12 dan 13)

- 7.11 Fasiliti swasta tidak boleh mengenakan sebarang caj ubat methadone KKM kepada pesakit yang berkenaan. Perlantikan klinik swasta akan ditarik balik sekiranya melanggar peraturan yang telah ditetapkan.
- 7.12 Caj pengurusan pesakit dicadangkan di antara RM 5 – RM 15.
- 7.13 Fasiliti swasta yang didapati tidak mematuhi syarat rawatan dan peraturan yang ditetapkan boleh digugurkan dari mengikuti program rawatan methadone KKM.
- 7.14 Pemantauan Rawatan Methadone KKM Di Fasiliti Swasta
 - 7.14.1 Pegawai yang bertanggungjawab di JKN atau Pejabat Kesihatan Daerah perlu melakukan penyeliaan dan pemantauan pelaksanaan rawatan methadone di fasiliti swasta dari masa ke semasa.
 - 7.14.2 Fasiliti swasta terlibat hendaklah mengemukakan reten bulanan program rawatan methadone ke Pejabat Kesihatan Daerah terdekat setiap bulan dengan satu salinan kepada Jabatan Kesihatan Negeri.
 - i. Reten Bulanan Bagi Program Rawatan Methadone (Lampiran 14)
 - ii. Reten Farmasi: Maklumat Bekalan Dan Pendispensan Methadone Di Klinik Swasta (Program Methadone Kementerian Kesihatan Malaysia) (Lampiran 15).

LAMPIRAN

DAFTAR PRESKRIPSI UNTUK BAHAN PSIKOTROPIK DAN REKOD MEMBELI DAN MENGGUNA METHADONE DAN BUPRENORPHINE

| Nama, Bentuk dan Kepakatan Bahan Psikotropik | | | Saiz Pek | Butir-butir pesakit yang dibekalkan dengan Bahan Psikotropik | | | |
|--|--------------------------|--------|----------|--|------|--------------------|--------|
| Tarikh Terima / Guna | Nama Dan Alamat Pembekal | Amaun | | | Nama | No. Kad Pengenalan | Alamat |
| | | Terima | Guna | Baki Stok | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| | | | | | | | |

- Nota :
- i) Daftar preskripsi disediakan dalam bentuk *bound book* (tidak boleh dibuat dalam *softcopy*)
 - ii) Setiap pembekalan dari pembekal berasingan atau kekuatan berlainan akan menggunakan daftar preskripsi yang berasingan.
 - iii) Format ini perlu digunakan oleh pemegang Permit Membeli dan Mengguna Bahan Psikotropik

**CONTOH FORMAT DAFTAR PRESKRIPSI UNTUK BAHAN PSIKOTROPIK (METHADONE)
(PERATURAN 19 DAN 22 PERATURAN-PERATURAN RACUN (BAHAN PSIKOTROPIK) 1989**

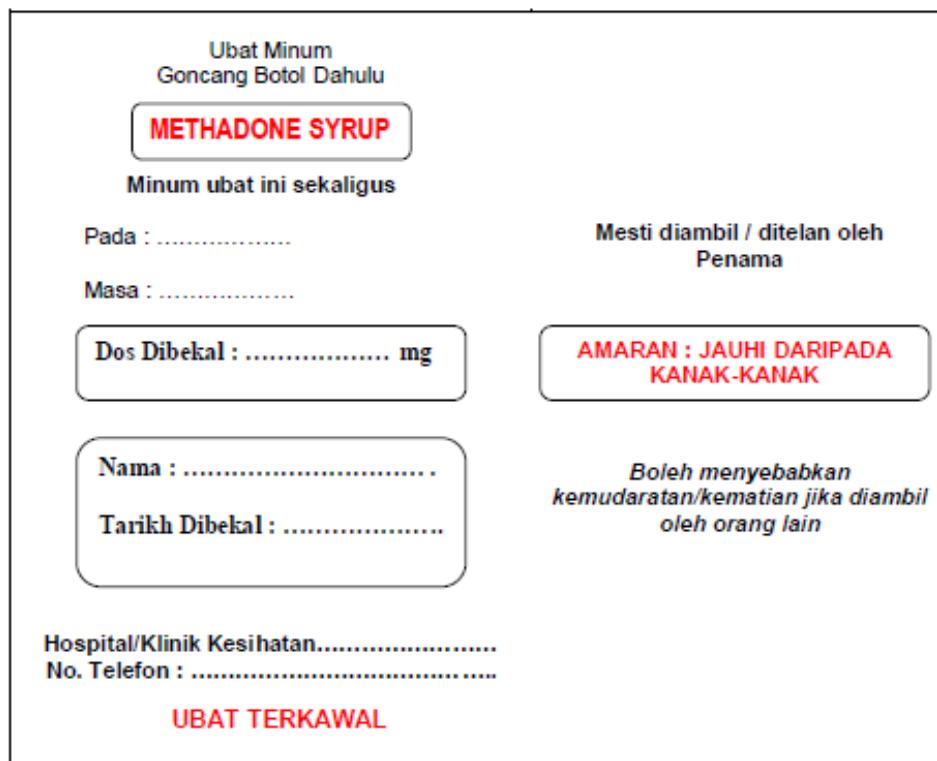
NAMA DAN KEKUATAN BAHAN PSIKOTROPIK (METHADONE) : _____

| No.Siri | Tarikh Pembekalan / Administrasi | Nama Pesakit / Pembekal | Alamat Pesakit / Pembekal | No Kad Pengenalan/ paspot / Invios | Kuantiti Diterima Drp Pembekal | Kuantiti (Dos) Dibekal Kpd Pesakit | Baki Stok | Tandatangan Yang Mendispens |
|---------|--|----------------------------|---------------------------------|---|---|---|-----------|-----------------------------------|
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |
| | | | | | | | | |

Nota : iii) Daftar preskripsi disediakan dalam bentuk *bound book* (tidak boleh dibuat dalam *softcopy*)

iv) Setiap pembekalan dari pembekal berasingan atau kekuatan berlainan akan menggunakan daftar preskripsi yang berasingan.

CONTOH PELABELAN UBAT METHADONE



SENARAI SEMAK AUDIT PENYELIAAN DAN PEMANTAUAN

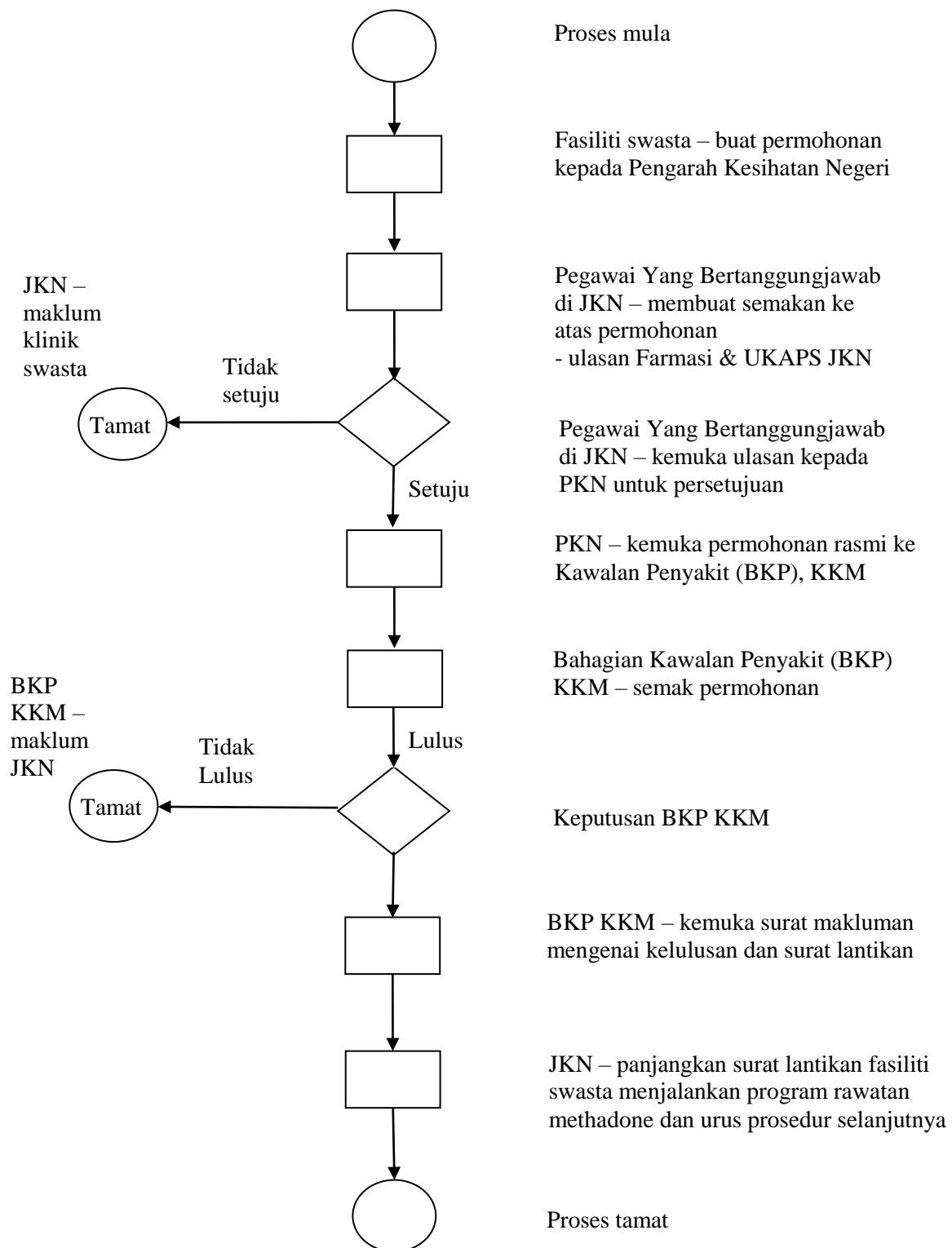
| Bil. | Perkara | Memuaskan | Tidak Memuaskan | Catatan |
|------|--|-----------|-----------------|---------|
| A) | Pematuhan di Bawah Peraturan – Peraturan Racun (Bahan-Bahan Psikotropik) 1989 | | | |
| | i. Perekodan dan dokumentasi rawatan kemaskini | | | |
| | ii. Penyimpanan | | | |
| | iii. Pembekalan | | | |
| | iv. Pelabelan | | | |
| B) | Prosedur Rawatan | Memuaskan | Tidak Memuaskan | |
| | i. Pendaftaran pesakit | | | |
| | ii. DBB mematuhi kriteria - penggunaan 6 hari perlu dicairkan. Bagi DBB melebihi 6 hari, unit DBB tidak perlu dicairkan dan <i>extra precaution</i> perlu diambil. | | | |
| | iii. Menggalakkan pengambilan dos teraputik (pengambilan methadone secara berterusan) | | | |
| | iv. Penilaian pesakit berkala mengikut keperluan (dokumentasi dan kemaskini) | | | |
| | v. Pemberian <i>Direct Observation Therapy</i> (DOT) methadone kepada pesakit | | | |

Ulasan Pegawai Penyelia :

Tarikh :

Tandatangan dan cop rasmi

**CARTA ALIR PERMOHONAN FASILITI SWASTA MENYERTAI PROGRAM RAWATAN METHADONE
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**



**BORANG PERMOHONAN FASILITI SWASTA MENGIKUTI PROGRAM RAWATAN METHADONE
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

- ### 1) Nama Klinik Swasta

[REDACTED]

- ## 2) Nama Orang Bertanggungjawab

[REDACTED]

No. Pendaftaran Majlis Perubatan Malaysia

| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| | | | | | | | | |
|--|--|--|--|--|--|--|--|--|

* Sila kepilkan Perakuan Amalan Tahunan terkini

- ### 3) Alamat Klinik Swasta

[REDACTED]

- 4) Nombor Pendaftaran klinik Swasta Di Bawah Peraturan-Peraturan Kemudahan dan Perkhidmatan Jagaan Kesihatan Swasta (Klinik Perubatan Swasta dan Klinik Pergigian Swasta) 2006

[REDACTED]

Tarikh Pendaftaran :

/ /

* Sila kepilkan salinan pendaftaran klinik swasta

- ### 5) Nombor Kontak Klinik Swasta

Email :

Tel :

Faks :

- 6) Mempunyai latihan / *attachment* dalam rawatan methadone.

Ya*

Tidak

* Sila kepilkan sijil kehadiran (jika ada)

7. Permit Membeli dan Mengguna Bahan Psikotropik (Buprenorphine & Methadone)

Ada

Tarikh Luput Permit / /

No. Lesen (Permit)

Tiada

Tarikh : ----- Tandatangan dan Cop Rasmi

Nota :

- Pemeriksaan ke atas klinik swasta akan dijalankan oleh pegawai dari Jabatan Kesihatan Negeri
- Surat lantikan akan dikeluarkan sekiranya permohonan diluluskan
- Perlaksanaan rawatan dengan methadone di klinik swasta mesti mematuhi segala keperluan yang telah diperuntukkan di bawah Akta Racun 1952 dan Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989 serta akta / peraturan lain yang berkaitan
- Bekalan sirap methadone akan dibekalkan kepada klinik swasta berdasarkan bilangan pesakit yang dikenalpasti dan dos methadone pesakit
- Klinik swasta tidak boleh mengenakan sebarang caj ubat sirap methadone kepada pesakit berkenaan.
- Klinik swasta hanya dibenarkan untuk mengenakan caj pengurusan pesakit di antara RM 5 – RM 15
- Perlantikan klinik swasta akan ditarik balik sekiranya melanggar peraturan Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989
- Reten bulanan program rawatan methadone hendaklah dikemukakan ke Pejabat Kesihatan Daerah dan terdekat pada atau sebelum 5 haribulan setiap bulan.
- Sebarang maklumat lanjut, sila berhubung terus dengan Pegawai Yang Bertanggungjawab di Jabatan Kesihatan Negeri

**FORMAT ULASAN KE ATAS PERMOHONAN
FASILITI SWASTA MENGIKUTI PROGRAM RAWATAN METHADONE
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Ulasan dari Bahagian Perkhidmatan Farmasi Jabatan Kesihatan Negeri

Ulasan ke atas pematuhan Peraturan-peraturan Racun (Bahan Psikotropik) 1989

Pertimbangan

Boleh dipertimbangkan

Boleh dipertimbangkan dengan syarat

Nyatakan : _____

Tidak boleh dipertimbangkan

Nyatakan : _____

Ulasan lain dan penambahbaikan :

Disediakan oleh :

Tarikh : _____

Tandatangan Ketua Jabatan dan Cop Rasmi

**FORMAT ULASAN KE ATAS PERMOHONAN
FASILITI SWASTA MENGIKUTI PROGRAM RAWATAN METHADONE
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Ulasan Unit Kawalan Amalan Perubatan Swasta (UKAPS) Jabatan Kesihatan Negeri

Ulasan ke atas status pendaftaran :

Ulasan ke atas status orang yang bertanggungjawab :

Ulasan ke atas status salahlaku amalan (jika ada) :

Pertimbangan

Boleh dipertimbangkan

Boleh dipertimbangkan dengan syarat

Nyatakan : _____

Tidak boleh dipertimbangkan

Nyatakan : _____

Penambahbaikan (jika ada) :

Disediakan oleh :

Tandatangan Ketua Unit dan Cop Rasmi

**FORMAT ULASAN KE ATAS PERMOHONAN
FASILITI SWASTA MENGIKUTI PROGRAM RAWATAN METHADONE
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

Ulasan Keseluruhan (dilengkapkan oleh Pegawai Yang Bertanggungjawab di JKN selepas meneliti maklumat ulasan dari Bahagian Perkhidmatan Farmasi dan UKAPS JKN

E) Keputusan untuk klinik menjalani program rawatan methadone Kementerian Kesihatan Malaysia

Lulus

Tidak Lulus

Ulasan tambahan (jika ada)

Tarikh : _____

----- Tandatangan dan Cop Rasmi

**BORANG RINGKASAN PENGGUNAAN STOK METHADONE
OLEH KLINIK SWASTA DALAM PROGRAM RAWATAN METHADONE
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA**

| | |
|---|---|
| NAMA KLINIK | : |
| ALAMAT KLINIK | : |
| NAMA DOKTOR | : |
| NO. PERMIT MEMBELI DAN MENGGUNA BAHAN PSIKOTROPIK : | |
| TARIKH PERMOHONAN : | |

SENARAI PESAKIT METHADONE YANG AKTIF BESERTA DOS TERKINI

| BIL | NAMA PESAKIT | NO KAD PENGENALAN | DOS TERKINI (MG) |
|-----|--------------|----------------------|------------------|
| 1. | | | |
| 2. | | | |
| 3. | | | |
| 4. | | | |
| 5. | | | |
| 6. | | | |
| 7. | | | |
| 8. | | | |
| 9. | | | |
| 10. | | | |
| 11. | | | |
| 12. | | | |
| 13. | | | |
| 14. | | | |
| 15. | | | |
| 16. | | | |
| 17. | | | |
| 18. | | | |
| 19. | | | |
| 20 | | | |

Saya mengesahkan semua maklumat adalah tepat dan betul.

.....
(NAMA,COP DAN TANDATANGAN PENGAMAL PERUBATAN)

Tarikh:

BORANG KEW.PS.11 PERMOHONAN STOK METHADONE

(Diisi oleh Pengamal Perubatan dan diserahkan kepada pegawai farmasi yang berkennaan)

KEW.PS - 11

No. Permohonan :

BORANG PERMOHONAN STOK

(Tatacara Pengurusan Stor 143)

(Untuk Kegunaan Di Stor Unit – Diisi dalam 2 salinan)

| Bil. | Permohonan | | Peagwai Pelulus | | Catatan |
|--|--------------|------------------|--|-----------------------|---------|
| | Perihal Stok | Kuantiti Dipesan | Kuantiti Diluluskan | Baki Kuantiti Dipesan | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| | | | | | |
| <hr/> (Tandatangan Pemohon) | | | Kelulusan : Permohonan diluluskan / tidak diluluskan * | | |
| <hr/> | | | (Tandatangan Pegawai Pelulus) | | |
| Nama : _____ Jawatan : _____ Tarikh : _____ | | | Nama : _____ Jawatan : _____ Tarikh : _____ | | |

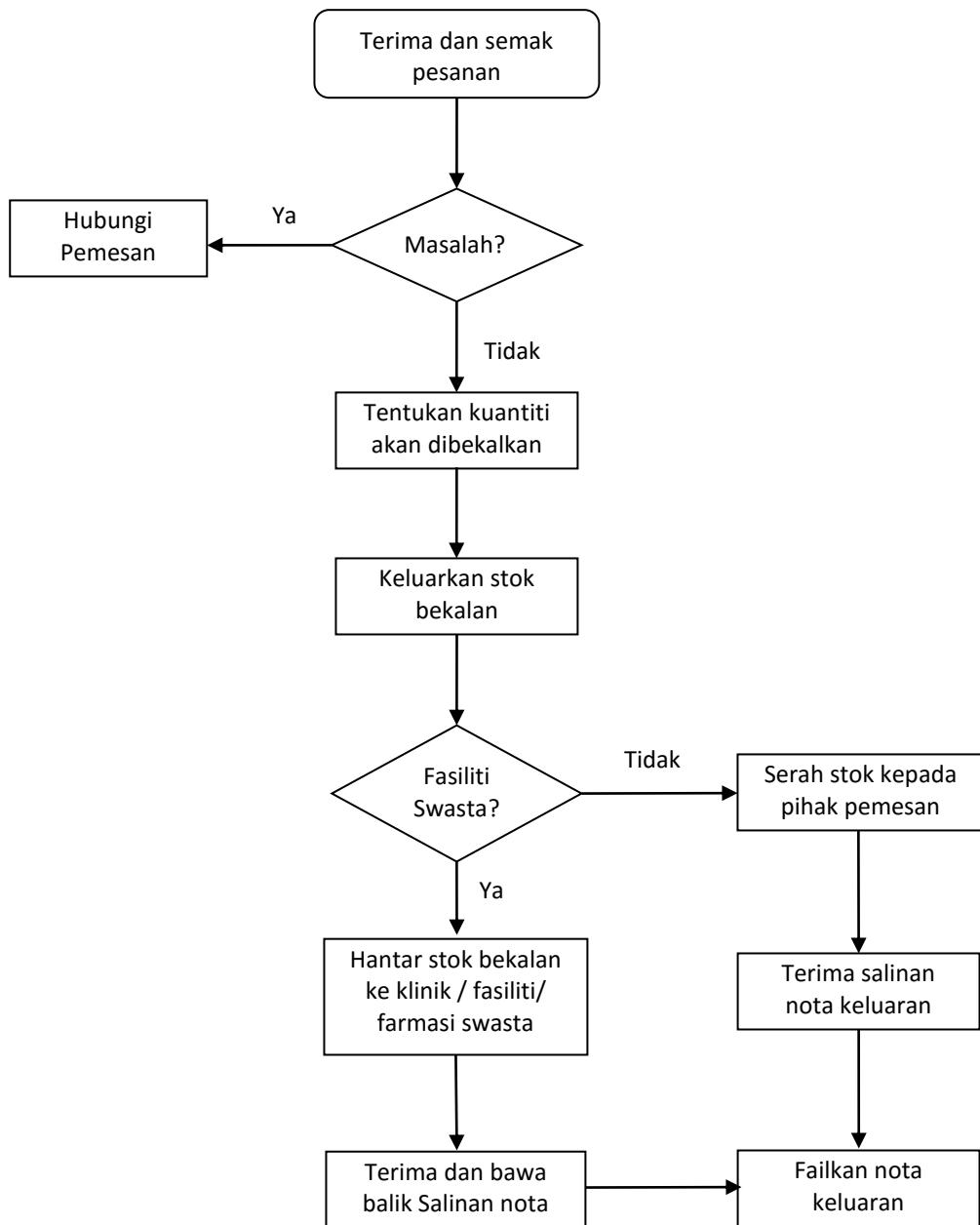
* Sila potong yang tidak berkenaan

| | |
|--|--|
| <p>Kemaskini Rekod :</p> <p>Stok telah dikeluarkan dan direkod di Kad Petak No. _____</p> <hr/> <p>(Tandatangan Pegawai Stor)</p> <p>Nama : Jawatan : Tarikh :</p> | <p>Perakuan Penerimaan :</p> <p>Disahkan bahawa stok yang diluluskan telah diterima.</p> <hr/> <p>(Tandatangan Pemohon)</p> <p>Nama : Jawatan : Tarikh :</p> |
|--|--|

**PROSES KERJA PEMBEKALAN STOK SIRAP METHADONE KEPADA KLINIK SWASTA YANG
MENGIKUTI PROGRAM RAWATAN METHADONE KKM**

| BIL | TINDAKAN | TANGGUNGJAWAB |
|-----|---|-----------------|
| 1. | <p>Terima borang pesanan dan pastikan borang diisi dengan lengkap.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hospital/Klinik Kesihatan : borang KEW.PS-10 • Klinik/Farmasi Swasta: borang KEW.PS-11 dan Borang Ringkasan Penggunaan Stok Methadone Oleh Klinik Swasta Dalam Program Rawatan Methadone Kementerian Kesihatan Malaysia | Pegawai Farmasi |
| 2. | Semak pesanan dan pastikan pesanan tidak melebihi stok sebulan dan kuantiti pesanan mengambil kira baki stok terkini. | Pegawai Farmasi |
| 3. | Semak stok simpanan sirap methadone | Pegawai Farmasi |
| 4. | <p>Rekodkan data pesanan:</p> <ul style="list-style-type: none"> i. Borang Pesanan KEW.PS-10 atau KEW.PS-11 ii. HIS/kad bin (stor integrasi) atau Buku Rekod Ubat Psikotropik (Farmasi Methadone) | Pegawai Farmasi |
| 5. | Keluarkan sirap methadone yang hendak dibekal mengikut kaedah FIFO (first in first out) atau FEFO (first expired first out) | Pegawai Farmasi |
| 6. | <p>Bekalkan stok kepada pemesan dan dapatkan pengesahan terima dari pemesan.</p> <ul style="list-style-type: none"> • Jika pemesan dari Klinik/Farmasi Swasta, stok perlu dihantar ke Klinik/Farmasi tersebut. <ul style="list-style-type: none"> ➤ Semak rekod dan stok fizikal sirap methadone. Kemudian bandingkan dengan rekod Administrasi Methadone bagi memastikan stok fizikal adalah sama dengan rekod yang dicatatkan. ➤ Catatkan semakan tersebut pada rekod, lengkap dengan tandatangan dan cop jabatan. ➤ Sekiranya terdapat sebarang perbezaan di antara rekod stok fizikal dan data penggunaan sirap methadone, perbincangan dan siasatan lanjut perlu dilakukan bersama pengamal perubatan yang bertugas. <ul style="list-style-type: none"> i. Sekiranya kuantiti bekalan perlu diubah berdasarkan rekod terkini, pinda borang pesanan. ii. Bekalkan kuantiti sirap methadone yang sebenar mengikut baki terkini. ➤ Kemaskini semula rekod stok sirap methadone berserta tandatangan dan cop jabatan. | Pegawai Farmasi |
| 7. | Serahkan borang pesanan (salinan pemesan) mengikut tarikh penerimaan. | Pegawai Farmasi |

**CARTA ALIR PEMBEKALAN STOK SIRAP METHADONE KEPADA FASILITI SWASTA YANG
MENGIKUTI PROGRAM RAWATAN METHADONE KKM**



REten BULANAN BAGI PROGRAM RAWATAN METHADONE

Negeri _____

Bulan : _____

Tahun : _____

| Pusat Rawatan | Daftar Baru Tahun Semasa | | | | | | Daftar Kumulatif | | | | | | | | | |
|---------------|--------------------------|-----|------|------|---------|-------------|------------------|---|-------|-------|------|--------|----|----|-----------|-------|
| | Sumber Rujukan | | | | | | Jumlah | | | Cicir | Mati | Semula | TI | TO | Ber-henti | Aktif |
| | Jumlah | NGO | AADK | NSEP | Walk In | Lain - Lain | L | P | Total | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | | | | | | | | | | | | | | | | |

Tandatangan : _____

Nama & Cop Pegawai : _____

Nota;

Data reten bulanan perlu dikemaskini dan dihantar ke Pejabat Kesihatan Daerah berhampiran sebelum atau pada **5hb setiap bulan.**

| | | | | | |
|------------------------------------|---|--|---|---|-----------|
| TI | : | <i>Transfer in / pindakmasuk</i> | L | : | Lelaki |
| TO | : | <i>Transfer out / pindahkeluar</i> | P | : | Perempuan |
| Cicir | : | Tidak hadir untuk rawatan selama 3 bulan berturut-turut (dianggap berhenti selepas tempoh tersebut (3 bulan)) | | | |
| Kadar Retensi rawatan Methadone | : | Bilangan peratus pesakit methadone aktif pada akhir tahun semasa di bahagi dengan bilangan kumulatif pesakit methadone masih berdaftar pada akhir tahun semasa didarab dengan 100. | | | |
| Numerator | : | Bilangan peratus pesakit methadone aktif yang masih menjalani rawatan methadone pada akhir tahun semasa | | | |
| Denominator | : | Bilangan kumulatif pesakit methadone yang masih berdaftar pada akhir tahun semasa (bagi mendapatkan denominator ini, bilangan kumulatif pesakit methadone yang berdaftar tolak dengan bilangan pesakit methadone yang berhenti, diberhentikan, mati, pindah keluar (TO) dan tambah bilangan pesakit methadone pindahmasuk (TI) dan daftar semula) | | | |
| Cara Pengiraan | : | $\text{Kadar Retensi Rawatan Methadone (\%)} = \frac{\text{Bilangan peratus pesakit methadone aktif pada akhir tahun semasa}}{\text{Bilangan kumulatif pesakit methadone masih berdaftar pada akhir tahun semasa}} \times 100$ | | | |

2/2

**FORMAT RETEN FARMASI: MAKLUMAT BEKALAN DAN PENDISPENSAN METHADONE DI KLINIK SWASTA
(PROGRAM METHADONE KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA)**

NAMA KLINIK SWASTA : _____

ALAMAT : _____

BULAN PELAPORAN : _____

BEKALAN STOK METHADONE KKM YANG DITERIMA: Botol 1L / Botol 60ml

(bulatkan jenis stok yang diperolehi)

| JUMLAH PESAKIT BERDAFTAR | JUMLAH PESAKIT AKTIF | KADAR RETENSI SEMASA | JUMLAH STOK METHADONE DITERIMA (BOTOL) | JUMLAH STOK METHADONE DIDISPENS (ML) | BIL PENDISPENSAN METHADONE | | BILANGAN MAKLUMAT PENDISPENSAN | | | MAKLUMAT KESAN SAMPINGAN | |
|--------------------------|----------------------|----------------------|--|--------------------------------------|----------------------------|---------|--------------------------------|--------------------|-----------------------------|------------------------------------|--------------|
| | | | | | BIL DOT | BIL DBB | BIL KES ADVERSE REACTION | BIL INTERAKSI UBAT | BIL KES TOKSISITI METHADONE | JENIS KESAN SAMPING | BILANGAN KES |
| | | | | | | | | | | Mengantuk selepas pengambilan dos | |
| | | | | | | | | | | Rasa loya/muntah | |
| | | | | | | | | | | Hilang selera makan | |
| | | | | | | | | | | Keletihan | |
| | | | | | | | | | | Peningkatan berat badan | |
| | | | | | | | | | | Sembelit | |
| | | | | | | | | | | Gangguan tidur / <i>Insomnia</i> | |
| | | | | | | | | | | Masalah gigi | |
| | | | | | | | | | | Pengurangan libido dan fungsi seks | |
| | | | | | | | | | | Berpeluh berlebihan | |
| | | | | | | | | | | Kulit lebam dan gatal | |
| | | | | | | | | | | Lain-lain (Nyatakan) | |

Laporan hendaklah dihantar kepada fasiliti farmasi KKM yang membuat bekalan stok methadone pada setiap penghujung bulan.

Laporan oleh : _____
 (_____)

Tarikh :

RUJUKAN DAN BAHAN BACAAN :

1. *Alex Smolak et al, A Meta Analysis And Systemic Review of HIV Among Fisherman, AIDS Care 08/2013;1:60 Impact Factor*
2. *Avants SK, Margolin A, Sindelar JL, Rounsville BJ, Scotten R et al.; Day treatment versus enhanced standard methadone services for opioid dependant patients : a comparison of clinical efficacy and cost. American Journal of Psychiatry 1999; 156(1):27-33*
3. Bahagian Perkhidmatan Farmasi, KKM, 2006, Garis Panduan Pendispensan Rawatan Terapi Gantian Methadone
4. *Entz et al. HIV-1 Prevalence, HIV Types And Risk Factors Among Fisherman In Gulf Of Thailand And Andaman Sea.*
5. *Department of Health, The Scottish Office Department of Health, Welsh Office, Department of Health and Social Services North Ireland, Drug Misuses and Dependence – Guideline of Clinical Management. Her Majesty's Stationery Office : 1999*
6. *Dilppoliti D., Davoli M, Perucci CA, Pasqualini F, Bargagli AM. Retention in treatment od heroin users in Italy : the role of treatment type and methadone dosage. Drug and Alcohol Dependence 1998; 52 : 167-171*
7. *Drug and Alcohol Services Council., 1994, Private Methadone Program, Policies and Procedure, Adelaide*
8. *Gowing, L.R; Ali R.L & White J.; 2000, The Management of opioid withdrawal : an overview of research literature. Dasc Monograph No.9 Research Series, Drug & Alcohol Services Council.*
9. *Griffith JD, Rowan-Szal GA, Roark RR, Simpson DD., Contingency management in outpatient methadone treatment : a meta analysis, Drug and Alcohol Dependence 2000; 58(1) : 55-66.*
10. *Herlianna Nanning et all, Return of Investment and Cost Effectiveness of Harm Reduction Program in Malaysia, 2013, World Bank*
11. *Huang, HIV/AIDS Among Fishers : Vulnerability Of Their Partners.*
12. *Humeniuk R, Ali R, Shite J, Hall W, Farrell M (eds), Proceedings of expert workshop on the induction and stabilization of patients onto methadone. National Drug Strategy Monograph 39. Commonwealth Department of Health and Aged Care, Canberra : 2000*
13. *Jarvis T, Tebbutt J & Mattick R (1995), Treatment Approach for alcohol and drug dependence. Job Wiley and Sons Sussex England*
14. *Latowsky M., Improving detoxification outcomes from methadone maintenance treatment : the interrelationship of affective states and protracted withdrawal. J Psychoactive Drugs 1996 : 28 (3) : 251 – 7*

15. *The College of Physicians and Surgeons of Ontario, 2011, Methadone Maintenance Treatment Program Standards and Clinical Guidelines*
16. *Ministry of Health, 2006, National Methadone Maintenance Therapy Guideline 2nd Edition.*
17. *Ministry of Health Malaysia, 2006, Assessment of Methadone Maintenance Therapy Pilot Program*
18. *Ministry of Health Malaysia, 2007, National policy and Standard Operating Procedures for Methadone Maintenance Therapy Guideline*
19. *Ministry of Health Malaysia, 2009 Integrated Bio Behavioral Surveillance Survey*
20. *Ministry of Health Malaysia, 2012 Integrated Bio Behavioral Surveillance Survey*
21. *Ministry of Health Malaysia, 2014, HIV/AIDS Monitoring and Evaluation Data*
22. *Ministry of Health Malaysia, 2014 Integrated Bio Behavioral Surveillance Survey*
23. *NSW Health Department (1999) New South Wales Methadone Maintenance Treatment Clinical Practice Guidelines, Sydney*
24. Nunes EV., Quitkin FM, Donovan SJ, Deliyannides D, Ocepek-Welikson K et al., Imipramine Treatment of opiate dependence patients with depressive disorders. *Archives of General Psychiatry* 1998; 55 : 153 – 60
25. Petry NM., A comprehensive guide to the application of contingency management procedures in clinical settings. *Drugs And Alcohol Dependence* 2000; 58 (1) : 9 – 25
26. Preston A, *The New Zealand Methadone Briefing* 1999. Drugs and Health Development Project., Wellington New Zealand : 1999
27. Prochaska JO, DiClemente CC & Norcross JC; 1997; In search of how people change : applications to addictive behaviours. In *Addictive Behaviours : Readings in etiology, prevention and treatment*. Edited by G A Marlatt and GR Vanden Bos; Washington DC; American Psychological Association, pp 671 – 696
28. Ramli et all, *Two-Year Outcome of Methadone Therapy at a Clinic in Asia-Pacific Journal of Public Health*, 2011, Malaysia, XX(X) 1-7
29. Royal Australia College of General Practitioners. Hepatitis C. A Management guide for general practitioners. *Australian Family Physician*; December 1999 Volume 28 Special Issue.
30. Strain EC, Bigelow GE, Liebson IA, Stitzer ML., Moderate versusu high dose methadone in the treatment of opioid dependence : a randomized controlled trial . *JAMA* 1990 : 28 (11) : 1000 – 5
31. *The State of World Fisheries and Agriculture 2006, HIV and AIDS in Fishing Communities: A Public Health Issue But Also A Fisheris Development And Management Concern*

32. *Ward J., Mattick R & Hall W (Eds) Methadone Maintenance treatment and other opioid replacement therapies. Harwood Academic Publishers, Amsterdam, 1998*
33. *World Health Organization; UNAIDS and Unite Nations Office on Drugs and Crime, 2008, Evident For Action Technical Papers : Policy Guidelines For Collaborative TB And HIV Services For Injecting And Other Drug Users – An Integrated Approach*
34. *World Bank, 2011, Strengthening Epidemic intelligence in Malaysia : Fisherman in Kuantan Pahang Malaysia.*