



**JAWATANKUASA ETIKA PENYELIDIKAN (MANUSIA) – JEPeM USM
UNIVERSITI SAINS MALAYSIA**

**BORANG MAKLUMAT DAN KEIZINAN PESERTA
*PARTICIPANT INFORMATION SHEET AND CONSENT FORM***

**(PROJEK PENYELIDIKAN)
*(RESEARCH PROJECT)***

SENARAI LAMPIRAN

LIST OF ATTACHMENTS

1. LAMPIRAN A : Maklumat Kajian
ATTACHMENT B : Research Information
2. LAMPIRAN S : Borang Keizinan Peserta
ATTACHMENT S: Participant Information and Consent Form
3. LAMPIRAN P : Borang Kezinaan Penerbitan
ATTACHMENT P : Participant's Material Publication Consent Form

MAKLUMAT KAJIAN

Tajuk Kajian: Penilaian Program Pencegahan Jatuh yang Diterajui oleh Farmasi Komuniti (CAREFREE) dalam kalangan Orang Tua di Komuniti – Kajian Rawak Terkawal

Nama Penyelidik dan penyelidik bersama [sila sertakan no. Pendaftaran badan profesional (contoh MMC) sekiranya berkaitan:

Penyelidik Utama:

Profesor Madya Dr. Balamurugan A/L Tangiisuran, Pusat Pengajian Sains Farmasi, Universiti Sains Malaysia

Penyelidik Bersama:

- 1) Dr Fatimatu Zahra Binti Abd. Aziz, Pusat Pengajian Sains Farmasi, Universiti Sains Malaysia
- 2) Nur Izzati Binti Shahabuddin, Pusat Pengajian Sains Farmasi, Universiti Sains Malaysia

PENGENALAN

Anda dipelawa untuk menyertai kajian intervensi ini secara sukarela. Kajian ini adalah berkaitan dengan ahli farmasi komuniti menjalankan perkhidmatan pencegahan jatuh terhadap golongan tua di komuniti.

Adalah penting bagi anda membaca dan memahami maklumat kajian sebelum anda bersetuju untuk menyertai kajian penyelidikan ini. Sekiranya anda menyertai kajian ini, anda akan menerima satu salinan borang ini untuk simpanan anda.

Penyertaan anda dalam kajian ini dijangka mengambil masa selama 6 bulan untuk pengumpulan data. Kajian ini akan melibatkan seramai 232 orang.

TUJUAN KAJIAN

Kajian ini bertujuan untuk menilai program pencegahan jatuh yang diterajui oleh ahli farmasi komuniti dalam kalangan orang tua yang tinggal di komuniti untuk mencegah jatuh pada masa hadapan. Hal ini dapat dicapai dengan meningkatkan pengetahuan, kualiti hidup dan perspektif mereka terhadap penglibatan pencegahan jatuh.

KELAYAKAN PENYERTAAN

Salah seorang kakitangan kajian akan membincangkan kelayakan untuk menyertai kajian ini. Adalah penting anda berterus terang kakitangan tersebut.

Kajian ini akan melibatkan individu yang berumur 60 tahun dan keatas, mengambil empat jenis atau lebih ubat-ubatan kronik setiap hari, sanggup untuk mendokumentasikan kejadian jatuh di rumah, dan mampu memberikan persetujuan sendiri untuk menyertai kajian ini.

Kajian ini tidak akan melibatkan individu yang tidak dapat berkomunikasi atau menulis dalam bahasa Melayu ataupun Inggeris, mengalami masalah pendengaran yang menyebabkan kesusahan mendengar, menetap di rumah orang tua, sedang menjalani rawatan paliatif serta meraka yang terlibat dengan kajian lain berkaitan jatuh.

PROSEDUR-PROSEDUR KAJIAN

Anda akan dipilih secara rawak untuk dimasukkan sama ada ke dalam kumpulan intervensi ataupun kontrol. Dalam kedua-dua kumpulan, anda akan disaring untuk risiko jatuh dengan menjawab 3 soalan. Di samping soalan saringan, anda akan dibantu untuk melengkapkan tiga soalan soal selidik mengenai pengetahuan jatuh, persepsi dan kualiti hidup. Kumpulan intervensi akan diberi pendidikan tambahan mengenai jatuh dan pencegahannya oleh ahli farmasi komuniti. Peserta daripada kedua-dua kumpulan akan diminta untuk membawa semua ubat-ubatan anda dalam masa seminggu termasuklah suplemen dan ubat-ubatan yang dibeli sendiri untuk ahli farmasi menyemakannya. Anda juga akan diberikan kalendar jatuh untuk anda catat sebarang insiden kejatuhan sepanjang tempoh kajian selama 6 bulan.

Pada susulan 1-bulan, anda akan diminta untuk mengunjungi farmasi komuniti sekali lagi untuk sesi susulan. Semasa sesi ini, ahli farmasi akan membantu anda jika anda mempunyai sebarang kebimbangan. Pada sesi yang sama, anda perlu mengisi soal selidik yang sama seperti sebelum ini, iaitu berkenaan pengetahuan jatuh, kualiti hidup dan perspektif anda terhadap penglibatan pencegahan jatuh.

Pada susulan 3-bulan, anda akan menerima panggilan daripada ahli farmasi komuniti untuk bertanya sama ada anda mengalami sebarang kejadian jatuh. Pada susulan 6-bulan, anda perlu menghadiri diri ke farmasi buat kali terakhir dan pulangkan semula kalendar jatuh anda kepada ahli farmasi. Anda juga akan dikehendaki mengisi soal selidik yang sama seperti sebelum ini, iaitu berkenaan pengetahuan jatuh, kualiti hidup dan perspektif mereka terhadap penglibatan pencegahan jatuh buat kali terakhir.

RISIKO

Kajian ini membawa risiko yang rendah kepada anda kerana intervensi yang diberikan adalah penjelasan bahan pendidikan untuk membantu meningkatkan pengetahuan, kualiti hidup dan perspektif anda terhadap penglibatan pencegahan jatuh. Anda masih perlu meneruskan susulan kesihatan anda seperti biasa di hospital ataupun klinik. Selain itu, maklumat yang dikumpul akan kekal sulit dan tidak akan boleh dikaitkan dengan identiti anda. Maklumat kajian akan diberikan kepada anda untuk dibaca. Anda bebas memilih sama ada untuk menyertai kajian ini ataupun tidak.

Tiada pampasan atau insurans atau kelayakan rawatan untuk anda sekiranya berlaku kecederaan berkaitan kajian. Tiada juga pampasan untuk anda atau keluarga/tanggungannya anda sekiranya hilang upaya atau kematian akibat kecederaan berkaitan kajian.

Sila maklumkan kepada kakitangan kajian sekiranya anda menghadapi sebarang masalah atau mempunyai sebarang maklumat penting yang mungkin mengubah persetujuan anda untuk terus menyertai kajian ini.

MELAPORKAN PENGALAMAN KESIHATAN (Jika Kajian Melibatkan Kesihatan SAHAJA)

Sila hubungi kakitangan berikut pada bila-bila masa sekiranya anda mengalami sebarang masalah kesihatan, samada berkaitan atau tidak berkaitan dengan kajian ini.

Profesor Madya Dr. Balamurugan A/L Tangiisuran di talian 04-653 2579
Puan Nur Izzati Binti Shahabuddin di talian 019-547 5001

PENYERTAAN DALAM KAJIAN

Penyertaan anda dalam kajian ini adalah secara sukarela. Anda berhak menolak untuk menyertai kajian ini atau menamatkan penyertaan anda pada bila-bila masa, tanpa sebarang kehilangan manfaat yang sepatutnya anda perolehi.

Penyertaan anda juga mungkin boleh diberhentikan oleh kakitangan kajian ini tanpa persetujuan anda sekiranya anda didapati tidak sesuai untuk meneruskan kajian ini berdasarkan protokol kajian. Kakitangan kajian akan memaklumkan anda sekiranya anda perlu diberhentikan dari menyertai kajian ini.

Jika anda dimasukkan ke dalam kumpulan kontrol, anda akan mempunyai akses kepada program pencegahan jatuh ini setelah program ini terbukti selamat dan berkesan.

MANFAAT YANG MUNGKIN [Manfaat terhadap Individu, Masyarakat, Universiti]

Diharapkan bahawa hasil kajian ini dapat memberi manfaat kepada masyarakat umum untuk mencegah terjadinya insiden jatuh pada masa hadapan dalam kalangan orang tua dalam komuniti. Ia dapat dilaksanakan melalui pendekatan pencegahan jatuh yang melibatkan ahli farmasi komuniti. Pencegahan jatuh yang berkesan adalah penting untuk menggalakkan penuaan secara sihat dan mengekalkan kualiti hidup yang baik. Seterusnya, golongan tua di Malaysia yang kekal aktif dan produktif mampu terus memberi sumbangan kepada masyarakat dan negara.

Anda akan menerima pampasan pada susulan 1-bulan sebanyak RM 20 (secara tunai) dan RM 35 (secara tunai) pada susulan 6-bulan untuk menyertai kajian ini. Jumlah pampasan yang akan diterima ialah sebanyak RM 55.

PERSOALAN

Sekiranya anda mempunyai sebarang soalan mengenai prosedur kajian ini atau hak-hak anda, sila hubungi;

Profesor Madya Dr. Balamurugan Tangiisuran
Pusat Pengajian Sains Farmasi
Universiti Sains Malaysia
Tel. No. : 04-653 2579
Emel: bala@usm.my

Dr Fatimatuzzahra Binti Abd. Aziz
Pusat Pengajian Sains Farmasi
Universiti Sains Malaysia
Tel. No.: 04-653 3888
Emel: faa@usm.my

Nur Izzati Binti Shahabuddin
Pusat Pengajian Sains Farmasi
Universiti Sains Malaysia
Tel. No. : 019-547 5001
Emel: izzatishahabuddin@gmail.com

Sekiranya anda mempunyai sebarang soalan berkaitan kelulusan Etika atau sebarang pertanyaan dan masalah berkaitan kajian ini, sila hubungi;

En. Mohd Bazlan Hafidz Mukrim
Setiausaha Jawatankuasa Etika Penyelidikan (Manusia) USM
Bahagian Penyelidikan dan Inovasi (P&I)
USM Kampus Kesihatan.
No. Tel: 09-767 2354 / 09-767 2362
Email : bazlan@usm.my

ATAU

Cik Nor Amira Khurshid Ahmed
Sekretariat Jawatankuasa Etika Penyelidikan (Manusia) USM
Pejabat Pengurusan dan Kreativiti Penyelidikan (RCMO)
USM Kampus Induk, Pulau Pinang.
No. Tel: 04-6536537
Email: noramira@usm.my

KERAHSIAAN

Maklumat yang anda berikan akan dirahsiakan oleh kakitangan kajian. Ianya tidak akan dedahkan secara umum melainkan jika ia dikehendaki oleh undang-undang.

Data yang diperolehi dari kajian ini tidak akan mengenalpasti anda secara perseorangan. Hasil kajian mungkin akan diterbitkan untuk tujuan perkongsian ilmu.

Semua borang kajian dan data yang anda berikan termasuk rekod perubahan anda yang asal mungkin akan disemak oleh pihak penyelidik, Lembaga Etika kajian ini dan pihak berkuasa regulatori bagi tujuan mengesahkan prosedur dan/atau data kajian klinikal. Maklumat anda akan disimpan dalam komputer yang dikunci dengan kata laluan. Hanya kakitangan kajian yang dibolehkan sahaja dibenarkan untuk mendapatkan dan memproses data tersebut. Setiap peserta akan diperuntukkan dengan sebuah nombor siri semasa kemasukan data ke dalam program analisa statistik dan lain-lain program. Setelah kajian selesai, semua data di dalam komputer tersebut akan dipindahkan ke dalam cakera padat dahulu sebelum dipadamkan daripada komputer tersebut. Cakera padat tersebut akan disimpan di dalam pejabat Universiti Sains Malaysia (USM) yang berkunci selama sekurang-kurangnya tiga tahun, yang kemudiannya akan dilupuskan dengan cara memformatkan semula cakera padat tersebut. Anda tidak dibenarkan untuk melihat data peribadi anda melebihi yang dimaklumkan oleh ahli farmasi komuniti, tetapi anda boleh menghubungi pihak penyelidik untuk mengetahui hasil kajian ini.

Sekiranya pihak penyelidik ingin menggunakan atau memperlihatkan data ini untuk kegunaan projek kajian pada masa hadapan, borang persetujuan tambahan yang lain perlu diperolehi untuk kegunaan data sekunder tersebut. Anda boleh memilih untuk tidak terlibat dengan sebarang kajian pada masa hadapan.

Dengan menandatangani borang persetujuan ini, anda membenarkan penelitian rekod, penyimpanan maklumat dan pemprosesan data seperti yang diuraikan di atas.

TANDATANGAN

Untuk dimasukkan ke dalam kajian ini, anda atau wakil sah anda mesti menandatangani serta mencatatkan tarikh halaman tandatangan (Lihat contoh Borang Keizinan Peserta di **LAMPIRAN S** atau **LAMPIRAN G** (untuk sampel genetik) atau **LAMPIRAN P**).

RESEARCH INFORMATION

Research Title: Evaluation of Community Pharmacist-led Fall Prevention Program (CAREFREE) among Community-Dwelling Older Adults – A Randomised Controlled Trial

Name of main and co-Researcher

Main Researcher:

Assoc. Prof. Dr. Balamurugan A/L Tangiisuran, School of Pharmaceutical Sciences, Universiti Sains Malaysia

Co-researchers:

- 1) Dr Fatimatuzzahra Binti Abd. Aziz, School of Pharmaceutical Sciences, Universiti Sains Malaysia
- 2) Nur Izzati Binti Shahabuddin, School of Pharmaceutical Sciences, Universiti Sains Malaysia

INTRODUCTION

You are invited to take part voluntarily in an interventional research. This research is about community pharmacists running fall prevention services for older population in the community. It is important that you read and understand this research information before agreeing to participate in this study. If you agree to participate, you will receive a copy of this form to keep for your records.

Your participation in this study will take about 6 months for data collection. This study is estimated to include 232 participants.

PURPOSE OF THE STUDY

The purpose of this study is to evaluate community pharmacists-led fall prevention program among the older adults living in the community to prevent future falls by increasing their knowledge, quality of life and perspective of fall prevention engagement.

PARTICIPANTS CRITERIA

The research team members will discuss your eligibility to participate in this study. It is important that you are completely truthful with the staff, including your health history.

This study will include individuals aged 60 years or older, consuming four or more chronic medications per day, willing to document self-reporting of falls at home and capable of providing consent.

This study will not include individuals who are unable to communicate or write in Malay or English, have hearing problems that cause difficulty in listening, are living in nursing homes, are undergoing palliative care, as well as those who participated in other related study to falls.

STUDY PROCEDURES

You will be randomly allocated into either the intervention or control group. In either group, you will be screened for fall risks by answering 3 questions. On top of the screening questions, you will be assisted in completing three questionnaires on fall knowledge, health-related quality of life and perspective of fall prevention engagement, respectively. The intervention group will have additional education on falls and its prevention by the community pharmacist. In both groups, you will be requested to bring **ALL** your medications, including any supplements and self-purchased medications, within 1 week for the pharmacist to review them. You will also be given a fall calendar to write down if you have any falls during the study period of 6 months.

In 1-month time, you will be requested to revisit the community pharmacy for a follow-up session. During this session, the pharmacist will assist you if you have any concerns. During this session, you will have to complete the same three questionnaires on fall knowledge, health-related quality of life and perspective of fall prevention engagement, respectively.

At 3-month follow-up, you will receive a call from the pharmacist to ask whether you had any falls. At 6 months, you will have to come to the pharmacy for the final time and submit your fall calendar to the pharmacist. You will have to fill up the questionnaires on fall knowledge, health-related quality of life and perspective of fall prevention engagement for the final time.

RISKS

This study only poses a low risk to you as the intervention provided is educational materials to improve knowledge, health-related quality of life and perspective of fall prevention engagement. You will need to continue your clinic appointments at the hospital or clinic as usual. Moreover, all information collected will remain strictly confidential and will never be associated with your identity. The patient information sheet will also be made visible for you to read. You have complete freedom to decide whether you want to participate in this study or not.

You will have no compensation, insurance, or treatment entitlements in case of study-related injury. There will be no compensation for you or your family/dependents in case of disability or death resulting from the study-related injuries.

Please inform study staff if you encounter any problems or have any important information that may change your consent to continue participating in this study.

REPORTING HEALTH EXPERIENCES

Please get in touch with the following researcher at any time if you experience any health problem directly or indirectly related to this study.

Assoc. Prof. Dr. Balamurugan A/L Tangiisuran at 04-653 2579
Ms Nur Izzati Binti Shahabuddin at 019-547 5001

PARTICIPATION IN THE STUDY

Your taking part in this study is entirely voluntary. You may refuse to participate in the study or stop your participation at any time without any penalty or loss of benefits to which you are otherwise entitled. The research team may also stop your participation without your consent if you violated the study eligibility criteria in any form. The research team member will discuss it with you if the matter arises.

If you are assigned to a control group, you will have access to the program once the program has proven to be safe and effective.

POSSIBLE BENEFITS [Benefit to Individual, Community, University]

This study finding may benefit the community by increasing the knowledge on falls and its prevention and hopefully able to prevent future falls of older adults. This can be done through fall prevention services involving community pharmacists. Effective fall prevention is crucial to promote healthy aging as well as maintain good health-related quality of life. Subsequently, older population in Malaysia remain active and productive able to continuously contribute to the community and nation.

You will receive an honorarium at the 1-month follow-up of RM 20 (in cash) and the remaining RM 35 (in cash) at the end of the follow-up making a total of RM 55.

QUESTIONS

If you have any questions about this study or your rights, please contact;

**Assoc. Prof. Dr. Balamurugan Tangiisuran
School of Pharmaceutical Sciences
Universiti Sains Malaysia
Tel. No. : 04-653 2579**

Email: bala@usm.my

**Dr Fatimatuzzahra Binti Abd. Aziz
School of Pharmaceutical Sciences
Universiti Sains Malaysia
Tel. No.: 04-6533888
Email: faa@usm.my**

**Nur Izzati Binti Shahabuddin
School of Pharmaceutical Sciences
Universiti Sains Malaysia
Tel. No. : 019-5475001
Email: izzatishahabuddin@gmail.com**

If you have any questions regarding the Ethical Approval or any issue/problem related to this study, please contact;

**Mr. Mohd Bazlan Hafidz Mukrim
Secretary of Human Research Ethics Committee USM
Division of Research & Innovation (R&I)
USM Health Campus
Tel. No. : 09-767 2354 / 09-767 2362
Email : bazlan@usm.my**

OR

**Miss Nor Amira Khurshid Ahmed
Secretariat of Human Research Ethics Committee USM
Research Creativity & Management Office (RCMO)
USM Main Campus, Penang
Tel. No. : 04-6536537
Email : noramira@usm.my**

CONFIDENTIALITY

Your information will be kept confidential by the researchers and will not be made publicly available unless disclosure is required by law. Data obtained from this study that does not identify you individually will be published for knowledge purposes.

Your original records may be reviewed by the researcher, the Ethical Review Board for this study, and regulatory authorities for the purpose of verifying the study procedures and/or data. Your information will be held and processed on a password-protected computer. Only research team members are authorized to access your information. A non-identifiable number will be allocated to each participant during data entry into the statistical software and other programmes. Once the study has been completed, the data in the computer will be copied into CDs first before being deleted from said computer. The CDs will be stored in a locked office within Universiti Sains Malaysia (USM) for a minimum of three years, after which they will be destroyed by reformatting the CDs. You are not allowed to access your personal data beyond that informed by the study pharmacists, but you may contact the researcher to request the study results.

If the researcher intends to use or make the data available for future research projects, another additional, explicit consent must be obtained for the secondary use of the data. You can opt-out to not taking part in this.

By signing this consent form, you authorize the record review, information storage and data process described above.

SIGNATURES

To be entered into the study, you or a legal representative must sign and date the signature page [ATTACHMENT S or ATTACHMENT P]

**Borang Keizinan Peserta
(Halaman Tandatangan)**

Tajuk Kajian: Penilaian Program Pencegahan Jatuh yang Diterajui oleh Farmasi Komuniti (CAREFREE) dalam kalangan Orang Tua di Komuniti – Kajian Rawak Terkawal

Nama Penyelidik: Profesor Madya Dr. Balamurugan Tangiisuran, Dr Fatimatuzzahra Binti Abd. Aziz, Nur Izzati Binti Shahabuddin

Untuk menyertai kajian ini, anda atau wakil sah anda mesti menandatangani mukasurat ini. Dengan menandatangani mukasurat ini, saya mengesahkan yang berikut:

- Saya telah membaca semua maklumat dalam Borang Maklumat dan Keizinan Pesakit ini **termasuk apa-apa maklumat berkaitan risiko yang ada dalam kajian** dan saya telah pun diberi masa yang mencukupi untuk mempertimbangkan maklumat tersebut.
- Semua soalan-soalan saya telah dijawab dengan memuaskan.
- Saya, secara sukarela, bersetuju menyertai kajian penyelidikan ini, mematuhi segala prosedur kajian dan memberi maklumat yang diperlukan kepada doktor, para jururawat dan juga kakitangan lain yang berkaitan apabila diminta.
- Saya boleh menamatkan penyertaan saya dalam kajian ini pada bila-bila masa.
- Saya telah pun menerima satu salinan Borang Maklumat dan Keizinan Peserta untuk simpanan peribadi saya.

Nama Peserta

No. Kad Pengenalan Peserta

Tandatangan Peserta atau Wakil Sah

Tarikh (dd/MM/yy)
(Masa jika perlu)

Nama & Tandatangan Individu yang Mengendalikan
Perbincangan Keizinan

Tarikh (dd/MM/yy)

Nama Saksi dan Tandatangan

Tarikh (dd/MM/yy)

Nota: i) Semua peserta yang mengambil bahagian dalam projek penyelidikan ini tidak dilindungi insuran.

**Subject Information and Consent Form
(Signature Page)**

Research Title: Evaluation of Community Pharmacist-led Fall Prevention Program (CAREFREE) among Community-Dwelling Older Adults – A Randomised Controlled Trial

Researcher's Name: Assoc. Prof. Dr. Balamurugan Tangiisuran, Dr Fatimatuzzahra Binti Abd. Aziz, Nur Izzati Binti Shahabuddin

To become a part of this study, you or your legal representative must sign this page. By signing this page, I am confirming the following:

- I have read all the information in this Patient Information and Consent Form, **including any information regarding the risk in this study**, and I have had time to think about it.
- All of my questions have been answered to my satisfaction.
- I voluntarily agree to be part of this research study, to follow the study procedures, and to provide necessary information to the doctor, nurses, or other staff members, as requested.
- I may freely choose to stop being a part of this study at anytime.
- I have received a copy of this Participant Information and Consent Form to keep for myself.

Participant Name

Participant I.C No

Signature of Participant or Legal Representative

Date (dd/MM/yy)

Name of Individual

Conducting Consent Discussion

Signature of Individual

Conducting Consent Discussion

Date (dd/MM/yy)

Name & Signature of Witness

Date (dd/MM/yy)

Note: i) All participants who are involved in this study will not be covered by insurance.

**Borang Keizinan bagi Penerbitan Bahan yang berkaitan dengan Peserta Kajian
(Halaman Tandatangan)**

Tajuk Kajian: Penilaian Program Pencegahan Jatuh yang Diterajui oleh Farmasi Komuniti (CAREFREE) dalam kalangan Orang Tua di Komuniti – Kajian Rawak Terkawal

Nama Penyelidik: Profesor Madya Dr. Balamurugan Tangiisuran, Dr Fatimatuzzahra Binti Abd. Aziz, Nur Izzati Binti Shahabuddin

Untuk menyertai kajian ini, anda atau wakil sah anda mesti menandatangani mukasurat ini.

Dengan menandatangani mukasurat ini, saya memahami yang berikut:

- Bahan yang akan diterbitkan tanpa dilampirkan dengan nama saya dan setiap percubaan yang akan dibuat untuk memastikan ketanpanamaan saya. Saya memahami, walaubagaimanapun, ketanpanamaan yang sempurna tidak dapat dijamin. Kemungkinan sesiapa yang menjaga saya di hospital atau saudara dapat mengenali saya.
- Bahan yang akan diterbitkan dalam penerbitan mingguan/bulanan/dwibulanan/suku tahunan/dwi tahunan merupakan satu penyebaran yang luas dan tersebar ke seluruh dunia. Kebanyakan penerbitan ini akan tersebar kepada doktor-doktor dan juga bukan doktor termasuk ahli sains dan ahli jurnal.
- Bahan tersebut juga akan dilampirkan pada laman web jurnal di seluruh dunia. Sesetengah laman web ini bebas dikunjungi oleh semua orang.
- Bahan tersebut juga akan digunakan sebagai penerbitan tempatan dan disampaikan oleh ramai doktor dan ahli sains di seluruh dunia.
- Bahan tersebut juga akan digunakan sebagai penerbitan buku oleh penerbit jurnal.
- Bahan tersebut tidak akan digunakan untuk pengiklanan ataupun bahan untuk membungkus.

Saya juga memberi keizinan bahawa bahan tersebut boleh digunakan sebagai penerbitan lain yang diminta oleh penerbit dengan kriteria berikut:

- Bahan tersebut tidak akan digunakan untuk pengiklanan atau bahan untuk membungkus.
- Bahan tersebut tidak akan digunakan di luar konteks – contohnya: Gambar tidak akan digunakan untuk menggambarkan sesuatu artikel yang tidak berkaitan dengan subjek dalam foto tersebut.

Nama Peserta

No. Kad Pengenalan Peserta

T/tangan Peserta

Tarikh (dd/MM/yy)

Nama & Tandatangan Individu yang Mengendalikan Perbincangan Keizinan

Tarikh (dd/MM/yy)

Nota: i) Semua peserta yang mengambil bahagian dalam projek penyelidikan ini tidak dilindungi insuran.

**Participant's Material Publication Consent Form
Signature Page**

Research Title: Evaluation of Community Pharmacist-led Fall Prevention Program (CAREFREE) among Community-Dwelling Older Adults – A Randomised Controlled Trial

Researcher's Name: Assoc. Prof. Dr. Balamurugan Tangiisuran, Dr Fatimatuzzahra Binti Abd. Aziz, Nur Izzati Binti Shahabuddin

To become a part this study, you or your legal representative must sign this page.

By signing this page, I am confirming the following:

- I understood that my name will not appear on the materials published and there have been efforts to make sure that the privacy of my name is kept confidential although the confidentiality is not completely guaranteed due to unexpected circumstances.
- I have read the materials or general description of what the material contains and reviewed all photographs and figures in which I am included that could be published.
- I have been offered the opportunity to read the manuscript and to see all materials in which I am included, but have waived my right to do so.
- All the published materials will be shared among the medical practitioners, scientists and journalist world wide.
- The materials will also be used in local publications, book publications and accessed by many local and international doctors world wide.
- I hereby agree and allow the materials to be used in other publications required by other publishers with these conditions:
- The materials will not be used as advertisement purposes nor as packaging materials.
- The materials will not be used out of context – i.e.: Sample pictures will not be used in an article which is unrelated subject to the picture.

Participant Name

Participant I.C No.

Participant's Signature

Date (dd/MM/yy)

**Name and Signature of Individual
Conducting Consent Discussion**

Date (dd/MM/yy)

Note: i) All participants who are involved in this study will not be covered by insurance.