



HOSPITAL KUALA LUMPUR

KEIZINAN PEMBEDAHAN/PROSEDUR

PER/CONSENT/2016

Saya, _____ beralamat _____
_____ dengan ini bersetuju dan memberi keizinan untuk:

* (A) menjalani pembedahan/prosedur _____

* (B) menyerahkan *anak/jagaan saya, _____, No. KP/ID _____
untuk menjalani pembedahan/prosedur _____

di bawah (jenis anestesia) *anestesia umum/setempat/lain-lain _____
yang maklumat/tatacara, tujuan dan risikonya telah diterangkan kepada saya oleh Dr. _____
melalui penterjemah (jika ada) _____. Saya mengaku bahawa saya faham akan
penerangan yang diberikan dengan sepenuhnya dan saya juga faham sebab, akibat dan risiko
pembedahan/prosedur berkenaan.

Saya juga bersetuju dan memberi keizinan untuk sebarang pembedahan/prosedur tambahan atau
alternatif sebagaimana yang didapati perlu semasa pembedahan/prosedur tersebut di atas dan
pemberian anestesia umum, setempat atau lain-lain bagi tujuan ini.

Tidak ada jaminan yang telah diberi kepada saya bahawa pembedahan/prosedur/rawatan bius itu
akan dijalankan oleh mana-mana pengamal tertentu.

Ditandatangani : _____
(*Pesakit/Ibu/Bapa/Penjaga)

Hubungan/Tali Persaudaraan: _____
No. KP/ID : _____
Tarikh : _____

Saksi:

Tandatangan : _____
Nama : _____
No. KP/ID : _____
Jawatan : _____
Tarikh : _____

Peringatan:

- Jika seseorang itu memberi keizinan sebagai seorang penjaga, hendaklah hubungan/tali persaudaraannya dijelaskan di bawah tandatangannya.
- Saksi boleh terdiri dari pengamal berdaftar/jururawat yang tidak terlibat secara langsung dengan rawatan dan tiada hubungan/tali persaudaraan dengan pesakit atau pengamal yang meminta keizinan.

Penterjemah (jika ada):

Tandatangan : _____
No. KP/ID : _____
Tarikh : _____
Bahasa yang digunakan : _____

Saya mengakui bahawa saya telah menerangkan maklumat/tatacara, tujuan dan risiko
pembedahan/prosedur ini kepada *pesakit/ibu/bapa/penjaga.

Ditandatangani: _____
(Pengamal *Perubatan/Pergigian)

No. MPM : _____
Tarikh : _____
Cap Jawatan : _____

Peringatan:

Sebarang pindaan kepada borang ini hendaklah dibuat sebelum penerangan diberi dan borang dikemukakan untuk ditandatangani.



HOSPITAL KUALA LUMPUR

Nama Pesakit : _____
No. MRN : _____
No. KP/ID : _____
Jantina : _____
Tarikh : _____

Lampiran A: Penjelasan tentang pembedahan/prosedur _____

Maklumat/Tatacara:

Tujuan:

Risiko:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Nota penjelasan tambahan yang diberi (jika ada) bertajuk: _____

Tandatangan *Pesakit/Ibu/Bapa/Penjaga:

Peringatan:

Keizinan Pembedahan/Prosedur dan Lampiran A
hendaklah ditandatangani oleh individu yang sama.