

Lampiran 1.

Formulir data pasien Kanker Kolorektal

Nama:

Tempat & Tanggal Lahir / Usia

Alamat:

No. Telp/HP :

Anamnesa:

Keluhan utama:

Sulit B.A.B. / Sembelit : + / -

Diare / Mencret : + / -

B.A.B. berdarah : + / -

B.A.B. berlendir : + / -

Perubahan bentuk feses : + / -

Perubahan kebiasaan B.A.B. : + / -

Kembung / Buncit : + / -

Nyeri perut / kolik : + / -

Rasa B.A.B. tidak tuntas : + / -

Pucat : + / -

Berat Badan turun : + / -

Rasa lemah / berdebar / nyeri dada : + / -

Penyakit lain (IBD/Diare kronis/Sakit maag) : + / -

Kebiasaan makan :

Rokok / Alkohol / Daging kaki 4 / Makanan berlemak/Makanan awetan :

Riwayat Pengobatan: Obat/ Operasi / Polip usus/ Haemorrhoid/Radiasi :

(NSAID /Suplemen /Hormon):

Riwayat keluarga tumor usus / tumor lain:

Anak ke :

Ayah / Ibu :

Saudarah kandung / Sepupu:

Catatan lain-lain:

Pemeriksaan fisik:

K.U. : Tensi: Nadi: Respirasi; Suhu: BB: TB: IMT:

Anemia : Ikterik: Nutrisi

Leher: Tiroid: Kelenjar getah bening: Arteri / Vena:

Torak : Jantung : Paru:

Abdomen: Inspeksi :

Palpasi :

Perkusi :

Auskultasi:

Ekstremitas :

Pemeriksaan colok dubur :

Pemeriksaan Penunjang :

Laboratorium : Hb : Leuko: Trombosit: PT: INR: APTT:

GD / Ureum / Kreatinin :

SGOT / SGPT / AP / GGT:

Protein / Albumin :

Feses / Occult blood : Urine:

C.E.A. :

Ekspresi RNA PCR tes:

APC :

MSH2 :

U.S.G.: :

CT Scan / MRI Abdomen :

Kolon Inloop :

Kolonoskopi :

Biopsi P.A. :

Diagnosis & Staging

Lampiran 2.

Persetujuan pemeriksaan gen kanker herediter kanker kolorektal

Pemberian informasi

Dokter pelaksana pemeriksaan :

Pemberi informasi :

Penerima informasi/pemberi persetujuan:

Pemeriksaan gen kanker herediter:

Pemeriksaan : Gen APC dan MSH2

Maksud pemeriksaan : Mengetahui adanya gen herediter pada kanker kolorektal yang ditemukan.

Cara: Biopsi kecil pada jaringan tumor dengan biopsi forcep saat kolonoskop seperti layaknya pemeriksaan patologi anatomi (P.A.).

Pemeriksaan gen dari sel darah dengan pengambilan darah dari pembuluh vena sebanyak 5 ml.

Risiko: Perdarahan kecil yang umumnya tidak membahayakan dan berhenti sendiri serta perforasi yang sangat jarang terjadi,

Komplikasi ini akan ditangani sesuai prosedur medis yang baku.

Keuntungan: Mendapatkan gen keturunan pada tumor kolorektal yang ditemukan sehingga pada keluarga penderita dapat dilakukan pencegahan lebih dini menderita kanker kolorektal.

Rahasia hasil pemeriksaan hanya diberikan kepada pasien sendiri.

Biaya pemeriksaan sepenuhnya dibebani kepada pemeriksa.

Alamat yang dapat dihubungi:

Dr. Tjahjadi R Tedjasaputra SpPD-KGEH & staf.

Bag. Endoskopi Gastrointestinal RSUD Tarakan

Jl. Kyai Caringin No 7 Telp: 021-3503150, 0816112209

Jakarta Pusat 10150

Persetujuan Pemeriksaan Gen Hereditas Kanker Kolorektal

Yang bertanda tangan dibawah ini menyetujui untuk dilakukan pemeriksaan Gen Hereditas pada jaringan tumor kanker usus dan darah pada diri saya saat endoskopi / operasi.

Yang dilaksanakan oleh dokter:.....

Cara kerja, tujuan dan komplikasi serta risiko yang mungkin terjadi telah dijelaskan pada saya.

Saya juga telah dijelaskan mengenai komplikasi yang dapat terjadi serta penanganannya.

Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat.

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan pemeriksaan sebagaimana telah dijelaskan seperti diatas, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul, serta kondisi yang tidak terduga yang memerlukan tindakan khusus. Saya menyadari bahwa tidak ada jaminan atau janji-janji yang diberikan kepada saya sehubungan dengan hasil dari segala pemeriksaan, tindakan atau perawatan.

Disetujui oleh pasien

Tempat, Tanggal, Jam

.....

TandaTangan dan Nama Jelas

Tanda Tangan Saksi Keluarga dan Nama Jelas

.....

.....

Tanda Tangan Dokter dan Nama Jelas Tanda Tangan Saksi Pihak Peneliti dan Nama Jelas

.....

.....

First attachment.

Colorectal Patient Data Form

Name:

Male / Female :

Place and date of birth / Age:

Address:

Phone no / WhatsApp:

Anamnesa:

Main complaint:

Difficult of defecation / Constipation : + / -

Chronic diarrhea / Watery stool : + / -

bloody stool / Hematochezia : + / -

Slimy stool : + / -

Change of stool form : + / -

Change of bowel habit : + / -

Bloating / Abdominal distended : + / -

Abdominal pain / Colicky pain : + / -

Uncomplete defecation feeling : + / -

Pale : + / -

Weight loss : + / -

Sense of weakness / palpitation / chest pain : + / -

The other disease (Inflammatory Bowel Disease/ cancer) : + / -

Eating habit: quadruped meat / fatty meal / preserved food : +/-

Smoking / Alcohol : +/-

Medical history: operation / haemorrhoid / radiation : +/-

Medicine: NSAID /supplementary /hormon) : +/-

Family history: bowel tumor / other tumor (parent, sibling, child, cousin) : +/-

Other note:

Physical examination:

General condition: Blood pressure: Pulse: Respiration: Saturation:

Temperature: Weight: Height: BMI:

Anaemia : Jaundice: Nutrition:

Neck: Thyroid: Lymph node: Arteria / Venous:

Chest: Heart: Lung;

Abdomen: Inspection :

Palpation:

Percussion:

Auscultation:

Extremity:

Rectal toucher:

Supporting investigation:

Laboratorium : Hb : WBC: Platelet: Prothrombin time: INR:
APTT:

Blood sugar / Ureum / Creatinine / Uric acid :

AST / ALT/ Alkali phosphatase / GGT:

Protein / Albumin :

Feces / Occult blood : Urine:

C.E.A. :

mRNA MSH2 PCR expression :

Abdominal Ultrasound: :

CT Scan / MRI Abdomen :

Colon Inloop :

Colonoscopy / Tumor location :

Histopathology finding :

Diagnosis & Staging :

Second attachment

The agreement of hereditary gene examination colorectal cancer

Which will be conducted by doctor :

Informer :

Recipient of information / who gave approval :

Hereditary colorectal cancer gene examination

Examination : rT-PCR mRNA MSH2 gene in cancer tissue and whole blood

Purpose of examination : Identification hereditary gene in the colorectal cancer.

How to do it : 1. Tumor tissue biopsy when colonoscopy was done, than

Histopathology and gene expression examination.

2. Five ml whole blood sample from venous blood vessel for

gene

expression in white blood cell.

Risk of examination : Not harmful little bleeding which can be managed and stop by itself.

Perforation which seldom happen,

These complications will be managed in accordance with applicable

medical procedure.

The benefit of the test: getting hereditary gene detection in colorectal tumor, that can prevent the patient family to have the recurrence risk of the same cancer.

The test result can **only** be given to the patient him/her self.

The expenses fee fully paid by investigator.

Contact address:

Dr. Tjahjadi Robert Tedjasaputra SpPD-KGEH & staf.

Gastrointestinal Endoscopy Division

Department of internal medicine

Tarakan General Hospital

Jl. Kyai Caringin no 7 Tilp: +6221-3503150, +628161122097

Jakarta Indonesia 10150

Agreement of Colorectal Hereditary Gene Examination

The undersigned is informed and agreed of the proposed procedure of Hereditary Gene examination in colorectal cancer tissue and whole blood sample when the colonoscopy procedure or operation.

Which will be done by doctor name:

The procedure, purpose, complication and the risk had been explained to me.

If patient is below 21 years old or for some specific reason (*), unable to sign the above, the hospital reserves the discretion to obtain the signature of parent, spouse, family member or guardian of the patient.

(*) Specify such other reason.....

I am understanding and aware that the practice of medicine above, other unexpected risk or complication not discussed may occur that may require extension of the planed procedure. I authorize such procedure to be performed when needed. I further acknowledge that no guarantee or promises have been given to me regarding the outcome of any examination and treatment.

I consent to the above-mentioned proposed procedure to be performed.

Consent by patient

Place, Date....., Time.....

.....

Signature and Full Name (block letter)
Name

.....

Signature of Family Witness and Full

.....

Signature of Doctor and Full Name
Name

(block letter)

Signature of researcher witness and Full

(block letter)

Thirst attachment

Informed Consent of Colonoscopy Procedure

**PEMBERIAN INFORMASI
INFORMATION**

- 1.1 Yang bertanda tangan di bawah ini telah mendapat informasi tentang operasi / tindakan :
The undersigned is informed of the proposed surgery/ procedure of:

Yang dilaksanakan oleh dokter :
Which will be conducted by doctor

Cara kerja, tujuan dan komplikasi, serta risiko yang mungkin terjadi dari tindakan tersebut telah dijelaskan kepada saya oleh dokter tersebut di atas.
The nature, benefits and complications, and risks that may occur due to the proposed procedure has been explained to me by the above mentioned doctor.

Saya juga telah dijelaskan mengenai :
I have also been explained clearly as follows:

- Manfaat dari tindakan yang dilakukan, seperti :
Benefit of the procedure
- Pilihan tindakan alternatif, seperti :
The choice of alternative procedure

- 1.2 Yang bertanda tangan di bawah ini juga menyatakan telah mendapat informasi tentang :
The undersigned also had been informed of :

- 1.2.1 Transfusi darah dan produk-produk lain dari darah, bila dirasa perlu oleh dokter.
The transfusion of blood and other blood components as the surgeon or physician deems necessary.
- 1.2.2 Ahli bedah yang bertugas mencari konsultasi atau mendapat bantuan dari dokter lain yang berkaitan jika dirasakan perlu, selama pelaksanaan tindakan atau operasi berlangsung.
The attending physician/ surgeon will seek consultation or assistance from other relevant specialist when it is needed during the procedure or surgery.
- 1.2.3 Pasien dapat dirawat di ruang intensif setelah operasi sesuai kondisi pasien; perawatan intensif dan tindakan medis yang lazimnya dilakukan di perawatan intensif.
The patient may be admitted to the Intensive Care Unit based on the patient's condition; intensive and medical care and treatment that is normally conducted in the Intensive Care.
- 1.2.4 Bila staf kamar bedah mengalami luka tusuk / terpapar cairan tubuh pasien, pasien setuju untuk diperiksa darahnya.
In the event of staff having a needlestick injury/ exposed to patient's body fluid, the patient agrees to laboratory testing of the patient's blood

**1.3 RISIKO DARI TINDAKAN YANG AKAN DILAKSANAKAN
RISK OF PROPOSED PROCEDURE**

Risiko yang dapat terjadi antara lain : reaksi alergi, perdarahan, pembekuan darah, infeksi, efek samping dari penggunaan obat-obat, atau bahkan hilangnya sebagian dari fungsi tubuh dan kematian.
The risks that may occur include: allergic reactions, bleeding, blood clots, infections, adverse reaction of drugs and even loss of body function and death.

Risiko lainnya yang dapat terjadi :
Other risks that may occur

2. PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS/BEDAH
CONSENT TO MEDICAL/ SURGICAL TREATMENT

2.1 Saya memahami dan mengerti dengan jelas mengenai informasi dan penjelasan tindakan yang disampaikan.
I acknowledged and clearly understand the Information and explanation of the proposed procedure.

2.2 Saya menyadari sepenuhnya bahwa pada tindakan medis, berbagai risiko dan komplikasi yang tidak di diskusikan sebelumnya mungkin dapat timbul. Saya juga menyadari bahwa selama berlangsungnya tindakan tersebut ada kemungkinan timbulnya kondisi-kondisi yang tidak terduga dimana hal tersebut memerlukan tindakan-tindakan perluasan operasi yang berhubungan dengan operasi yang sedang dilakukan, untuk itu saya menyetujui dilakukannya tindakan tersebut apabila diperlukan. Selanjutnya saya menyadari bahwa tidak ada jaminan atau janji-janji yang diberikan kepada saya sehubungan dengan hasil dari segala tindakan dan atau perawatan.

I am aware that in the practice of medicine, other unexpected risks or complications not discussed may occur. I also understand that during the course of the proposed procedure(s), unforeseen conditions may occur that may require extension of the planned surgery, and I authorize such procedures to be performed when needed. I further acknowledge that no guarantee or promises have been given to me regarding the outcome of any procedure and treatment.

2.3 Saya menyetujui pelaksanaan dari tindakan yang dijelaskan di atas.
I consent to the above mentioned proposed procedure to be performed.

Disetujui oleh pasien (*Consent by patient*)
Tempat (*Place*), tanggal (*Date*)

Jam (*Time*)

.....
Tanda Tangan dan Nama Jelas (huruf balok)
Signature and Full Name (block letter)

.....
Tanda Tangan Saksi Keluarga dan Nama Jelas
Signature of Family Witness and Full Name

.....
Tanda Tangan Dokter dan Nama Jelas (huruf balok)
Signature of Doctor and Full Name (block letters)

.....
Tanda Tangan Saksi Pihak RS dan Nama Jelas
Signature of Hospitals Witness and Full Name

Bila pasien berusia dibawah 21 tahun atau tidak dapat memberikan persetujuan karena alasan lain (*) tidak dapat menandatangani surat diatas, pihak rumah sakit dapat mengambil kebijaksanaan dengan memperoleh tandatangan dari orang tua, pasangan, anggota keluarga terdekat atau wali dari pasien.

If patient is below 21 years old or for some specific reason(), unable to sign the above, the hospital reserves the discretion to obtain the signature of parent, spouse, family member or guardian of the patient*

*Jelaskan alasan lainnya
Specify such other reason

Saya orang tua / pasangan / keluarga terdekat / wali (coret yang tidak perlu) dari pasien :
I the parent / spouse / family member/ guardian (delete where applicable) of the patient:

- Membenarkan bahwa saya memiliki hak untuk menandatangani form consent atas nama pasien
Confirm that I have the authority to sign the consent for/ on behalf of the patient

- Telah membaca, memahami & menerima semua Informasi pada form persetujuan ini
Have read and understand and accept all information on this consent form

- Memastikan bahwa saya telah diberi penjelasan dan mengerti dengan baik tentang tindakan tersebut
Confirm that I have been informed and fully understand about the proposed treatment / procedure

Tempat (*Place*), tanggal (*Date*)

Jam (*Time*)

.....
Tanda Tangan dan Nama Jelas (huruf balok)
Signature and Full Name (block letter)

.....
Tanda Tangan Saksi Keluarga dan Nama Jelas
Signature of Family Witness and Full Name

.....
Tanda Tangan Dokter dan Nama Jelas (huruf balok)
Signature of Doctor and Full Name (block letters)

.....
Tanda Tangan Saksi Pihak RS dan Nama Jelas
Signature of Hospitals Witness and Full Name