



HOSPITAL HRPZII

KEIZINAN PEMBEDAHAN/PROSEDUR

PER/CONSENT/2016

Saya, ___ Hasmarudin Che Hasan _____ beralamat _____ Kota Bharu, Kelantan _____ dengan ini bersetuju dan

memberi keizinan untuk:

* (A) menjalani pembedahan/prosedur Diagnostic Laparoscopic and on table sigmoidoscopy for foreign body removal

* (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. _Khairunnisa _____ 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 : 790430035131 _____

Tarikh : 13 February 2023 _____

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.

Saksi:

Tandatangan : _____

Nama : _____

No. KP/ID : _____

Jawatan : _____

Tarikh : _____

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 : 53603 _____

Tarikh: 13 February 2023 _____

Peringatan:

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



*Potong yang tidak berkenaan