|  |  |
| --- | --- |
|  | **OPERASI PERKHIDMATAN SOKONGAN****HOSPITAL PENGAJAR UPM** |
|
|
| **BORANG KEBENARAN PENGENDALIAN ANGGOTA BADAN** |

Nama Pesakit : ………………………………………………………… RN :……………………………………………………………

No. Kad Pengenalan : …………………………………………….. Wad : ……………………………………………………….

Agama : Islam Bukan Islam, nyatakan : …………………. Tarikh Pembedahan: ………….

**PENGAKUAN** (Sila tandakan pada kotak yang dipilih)

Saya,

* Bersetuju menuntut anggota badan dalam tempoh 14 hari selepas pembedahan
* Tidak akan menuntut anggota badan tersebut

Pihak Motuari HPUPM berhak melupuskan anggota badan sekiranya tidak dituntut dalam tempoh 14 hari selepas pembedahan

………………………………………….. …………………………………………….

Tandatangan pesakit / waris Tandatangan saksi\*

Nama : ………………………………………… Nama : ……………………………………………………………

No. Kad Pengenalan : ……………………………… No. Kad Pengenalan : …………………………………….

No. Telefon : …………………………………………… No. Telefon : ………………………………………………….

Hubungan (jika perlu) : ……………………………

**Peringatan** : Borang ini hendaklah disertakan semasa penyerahan anggota badan kepada kakitangan Unit Motuari

\*saksi adalah kakitangan hospital /waris

**UNTUK KEGUNAAN UNIT MOTUARI**

Tarikh Penerimaan : ……………………………………………… Tarikh Tuntutan : …………………………………………

Bahagian Anggota Badan : ……………………………………. Nama Penuntut : ………………………………………..

(Potong di sini untuk digunakan sebagai label pada anggota badan pesakit setelah pembedahan)

-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**LABEL ANGGOTA BADAN**

NAMA : …………………………………………………………

RN : ……………………………………………………………..

BAHAGIAN ANGGOTA BADAN: ………………………………….

TARIKH PEMBEDAHAN : …………………………………………….

 ISLAM BUKAN ISLAM