



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/UKA/BR39

**BORANG KEBENARAN SUNTIKAN HEPATITIS B PELAJAR
FAKULTI PERUBATAN DAN SAINS KESIHATAN UPM**

Untuk Diisi Oleh Pelajar

1.0 Data Peribadi Pelajar

1.1 Nama Pelajar : _____

1.2 No. Kad Pengenalan : _____

1.3 No. ID Pelajar : _____

1.4 Jantina : _____

1.5 Bangsa : _____

1.6 No Telefon : _____

1.7 Kursus : _____

1.8 Semester/Tahun : _____

Dengan ini, saya memahami bahawa:

- a. Suntikan vaksin Hepatitis B ada yang memerlukan satu dos (penggalak) atau 3 dos bergantung kepada tahap antibodi Hepatitis B. Suntikan ini kebiasaannya diberi pada otot bahu.
- b. Pengambilan vaksin hepatitis B ini juga mungkin akan mengakibatkan kesan sampingan seperti alahan, sakit pada tempat suntikan dan demam.
- c. Dengan menandatangani persetujuan menerima vaksin Hepatitis B ini, saya **bersetuju** dengan rela hati untuk melengkapkan jumlah pengambilan dos vaksin seperti yang telah ditetapkan.

Tarikh: _____

Tandatangan Pelajar: _____