



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/UKA/BR40

BORANG KEBENARAN SUNTIKAN TIFOID ANGGOTA KESIHATAN

Untuk Diisi Oleh Anggota

1.0 Data Peribadi Kakitangan

1.1 Nama Kakitangan : _____

1.2 No. Kad Pengenalan : _____

1.3 No. Staf : _____

1.4 Jantina : _____

1.5 Jawatan/Gred : _____

1.6 No. Telefon : _____

1.7 Jabatan/Unit : _____

Dengan ini, saya memahami bahawa:

- Suntikan vaksin Tifoid memerlukan satu dos suntikan. Suntikan ini kebiasaannya diberi pada otot bahu.
- Pengambilan vaksin Tifoid ini juga mungkin akan mengakibatkan kesan sampingan seperti alahan, sakit pada tempat suntikan dan demam.
- Dengan menandatangani persetujuan menerima vaksin Tifoid ini, saya **bersetuju** dengan rela hati untuk mengambil dos vaksin seperti yang telah ditetapkan.

Tandatangan : _____

Tarikh : _____