



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/UKA/BR41

**BORANG KEBENARAN UJIAN SARINGAN DARAH JENIS
ANTIBODI (ANTI HBs) ANGGOTA KESIHATAN**

DIISI OLEH ANGGOTA KESIHATAN

Saya _____
(Nama Anggota Kesihatan)

No. Kad Pengenalan/No. Pasport _____ bersama butiran-butiran

seperti berikut:

No.Staf: _____

Jawatan: _____

Jabatan: _____

No.Tel: _____

dengan ini **BERSETUJU / TIDAK BERSETUJU** secara sedar dan tanpa sebarang paksaan untuk menjalani ujian saringan darah jenis antibodi (Anti HBs) bagi membantu pegawai bertugas mengesan tahap *seroconversion* saya dan menilai jenis suntikan Hepatitis B saya yang seterusnya.

Tarikh: _____

Tandatangan Anggota Kesihatan: _____