

 	<p style="text-align: center;"><b>HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH</b>  <b>UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA</b>  <b>Kod Dokumen: HSAAS/OAG/BR166</b></p>
	<p style="text-align: center;"><b>BORANG KEIZINAN PROSEDUR</b>  <b><i>ABDOMINAL HYSTERECTOMY WITH SALPHINGO-OOPHERECTOMY/  WITH CONSERVATION OF OVARIES</i></b></p>

**A. Kenyataan pengamal perubatan:**

Saya telah menerangkan prosedur yang dicadangkan kepada pesakit. Secara khususnya, saya telah menerangkan isu-isu seperti berikut:

1. Kebaikan yang diingini: (pilih yang berkenaan)
  - Untuk menghentikan pendarahan haid
  - Untuk mengurangkan ketidak selesaan/sakit/gejala akibat tekanan
  - Supaya pertumbuhan yang disyaki dapat dikenalpasti dengan lebih tepat
  - Lain-lain (sila nyatakan) \_\_\_\_\_
  
2. Kaedah (pilih yang berkenaan)
  - Laparoscopi
  - Laparotomi
  
3. Risiko serius yang mungkin terjadi:
  - Trauma kepada pundi kencing dan/atau ureter (0.7%) dan/atau masalah jangka panjang kepada fungsi pundi kencing
  - Trauma kepada usus (0.04%)
  - Pendarahan berlebihan memerlukan transfusi darah (1.5%)
  - Kembali ke dewan bedah untuk jahitan tambahan (0.6%)
  - Infeksi/*abscess* di dalam pelvis (0.2%)
  - *Venous thrombosis* (darah beku) atau *pulmonary embolism* (0.4%)
  
4. Risiko yang mungkin berlaku pada kadar agak kerap:
  - Infeksi luka pembedahan atau kesan lebam
  - Kerap kencing
  - Luka yang lambat sembuh
  - Pembentukan keloid
  - Menopos mungkin awal
  
5. Prosedur tambahan (kecemasan) yang mungkin harus dilakukan semasa pembedahan:
  - Transfusi darah
  - Ovari dikeluarkan semasa pembedahan (sekiranya tidak dicadangan asal) akibat masalah yang tidak dijangka
  - Membaik-pulih kerosakan kepada pundi kencing, usus serta saluran darah utama
  - Prosedur lain (sila nyatakan) \_\_\_\_\_

Wanita yang obese, pernah menjalani pembedahan (seperti *caesarean section*) atau sememangnya menghadapi penyakit lain, harus faham bahawa risiko yang kerap serta serius seperti yang telah tertera mungkin berlaku pada kadar yang lebih tinggi. Semua pembedahan boleh membawa risiko kematian. Risiko untuk pembedahan seperti ini adalah dijangka 1 dalam 4000 prosedur.

Saya telah membincangkan kebaikan serta kelemahan:

Mengekalkan ovari sekiranya cadangan pembedahan hanya untuk mengeluarkan rahim (*hysterectomy*)

Mengekalkan pangkal rahim (*cervix*) sekiranya cadangan pembedahan sub-total *hysterectomy*.

Saya juga telah membincangkan kebaikan serta kelemahan rawatan alternatif termasuk pilihan untuk tiada rawatan.

Tandatangan: \_\_\_\_\_

Tarikh/ Masa: \_\_\_\_\_

Nama: \_\_\_\_\_

Jawatan/ Cap:

**B. Kenyataan penterjemah (sekiranya berkenaan)**

Saya telah menterjemahkan segala maklumat seperti diatas kepada pesakit ini dengan sedaya upaya saya dan dengan cara dimana saya percaya ianya dapat difaham oleh pesakit.

Tandatangan: \_\_\_\_\_

Tarikh/ Masa: \_\_\_\_\_

Nama: \_\_\_\_\_

### C. Kenyataan pesakit

Sila baca borang ini dengan teliti. Sila juga baca helaian pertama borang keizinan ini yang telah menghuraikan segala kebaikan serta risiko menjalani rawatan/pembedahan yang telah dicadangkan. Sekiranya anda ada apa-apa soalan, sila kemukakan kepada kami. Kami disini untuk membantu anda. Anda berhak menukar fikiran padan bila-bila masa termasuklah setelah menandatangani borang keizinan ini.

1.	Saya telah membaca helaian pertama borang ini dan telah faham kebaikan serta risiko rawatan pembedahan yang dicadangkan.	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
2.	Saya bersetuju menjalani rawatan yang dicadangkan.	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
3.	Saya faham bahawa pihak hospital tidak dapat memberi jaminan untuk mana-mana pengamal kesihatan tertentu bagi mengendalikan prosedur yang dicadangkan ini. Namun begitu, pengamal yang ditentukan akan mempunyai keupayaan yang memadai.	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
4.	Saya faham saya akan berpeluang untuk berbincang jenis bus yang akan digunakan dengan seorang doktor bus sebelum prosedur rawatan melainkan dalam situasi kecemasan.	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
5.	Saya faham mana-mana prosedur tambahan kepada apa yang telahpun dinyatakan hanya akan dilakukan dalam keadaan terdesak dimana prosedur tersebut mampu menyelamatkan nyawa atau kesihatan saya.	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
6.	Saya telah pun dimaklumkan tentang mana-mana prosedur tambahan yang mungkin perlu dilakukan semasa prosedur rawatan saya.	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
7.	Saya telah nyatakan di bawah ini mana-mana prosedur yang saya tidak mahu dilakukan tanpa perbincangan lebih lanjut	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
8.	Saya bersetuju dengan penggunaan rakaman atau fotografi untuk tujuan diagnosis, rawatan, pengajaran dan penyelidikan.	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
9.	Saya bersetuju dengan penggunaan tisu badan untuk tujuan diagnosis, rawatan, pengajaran dan penyelidikan.	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK

Saya telahpun dimaklumkan tentang mana-mana prosedur tambahan yang mungkin perlu dilakukan semasa prosedur rawatan saya

Tandatangan: \_\_\_\_\_

Tarikh/ Masa: \_\_\_\_\_

Nama: \_\_\_\_\_

#### **D. Saksi**

Seorang saksi perlu menandatangani ruangan di bawah sekiranya pesakit tidak boleh menurunkan tandatangan tetapi telahpun memberi persetujuan. Ibubapa atau waris pesakit juga harus menandatangani ruangan di bawah sekiranya pesakit di bawah umur keizinan sah.

Seorang saksi perlu tandatangan ruangan di bawah sekiranya beliau telah menyaksikan pesakit menandatangani ruangan di atas.

Ibubapa atau waris pesakit juga harus menandatangani ruangan di bawah ini sekiranya pesakit di bawah keizinan sah (18 tahun ke atas)

Tandatangan: \_\_\_\_\_

Tarikh/ Masa: \_\_\_\_\_

Nama: \_\_\_\_\_ Hubungan dengan Pesakit/ Jawatan

#### **E. Pengesahan keizinan**

Bahagian ini harus diisi sekiranya pesakit telahpun menandatangani borang keizinan terlebih dahulu sebelum dimasukkan ke hospital untuk menjalani prosedur.

Bagi pihak pasukan yang merawat pesakit ini, saya telah mengesahkan dengan pesakit bahawa beliau tiada soalan lanjut dan ingin meneruskan prosedur yang telah dicadangkan.

Tandatangan: \_\_\_\_\_

Tarikh/ Masa: \_\_\_\_\_

Nama: \_\_\_\_\_