



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/OAG/BR167

BORANG KEIZINAN PROSEDUR AMNIOCENTESIS

A. Kenyataan pegawai perubatan:

Saya dengan ini telah menjelaskan berkenaan prosedur ini kepada pesakit yang dinamakan seperti di atas, khususnya berkenaan:

1. Kebaikan yang diingini: (Tanda yang berkenaan)
 - Diagnosis untuk masalah kromosom (*Down syndrome, Edward's syndrome*, dan sebagainya).
 - Diagnosis berkenaan masalah permasalahan genetik (*Cystic fibrosis, sickle cell anemia, hemophilia, thalassemia*, dsb).
 - Diagnosis berkenaan *inborn error of metabolism*.
 - Lain-lain. Sila nyatakan: _____

2. Risiko yang mungkin terjadi:
 - 5% risiko kegagalan untuk mendapatkan sampel air ketuban.
 - 1% risiko keguguran.
 - Kebocoran air ketuban (seketika mahupun berpanjangan) dan kurang daripada 1% risiko kelahiran pra matang.
 - Jangkitan kuman (*chorioamnionitis*) dan sepsis yang berbahaya - boleh turut menyebabkan kematian ibu dengan risiko 1 dari 1000 prosedur.
 - Kecederaan pada bayi – jarang berlaku.
 - Kecederaan pada organ dalaman kepada ibu- sangat jarang berlaku.

B. Kenyataan penterjemah (sekiranya berkenaan)

Saya telah menterjemah informasi seperti yang di atas sedaya upaya saya dengan cara yang saya percaya dapat difahami oleh pesakit.

PENTERJEMAH

Nama:

No. KP/Pasport:

Tandatangan:

Tarikh:

C. Kenyataan pesakit

Sila baca borang ini dengan teliti dan sebaiknya. Sekiranya terdapat sebarang pertanyaan, sila ajukan kepada pegawai perubatan yang berkenaan. Kami di sini adalah untuk menolong anda. Pilihan dan keputusan muktamad terletak di tangan anda. Anda juga berhak mengubah keputusan anda pada bila-bila masa sahaja, termasuk selepas menanda tangani borang ini.

- | | | |
|---|----|-------|
| 1. Saya dengan ini bersetuju dan memberi kebenaran untuk melakukan prosedur <i>amniocentesis</i> seperti yang telah dijelaskan berkenaan prosedur, indikasi dan risikonya kepada saya terlebih dahulu. | YA | TIDAK |
| 2. Saya telah diberitahu dan memahami bahawa terdapat keberangskalian kegagalan prosedur ini. Saya difahamkan ada keadaan di mana, walaupun tisu yang telah diambil mencukupi, namun kadangkala analisa dari makmal tidak dapat menghasilkan keputusan. Sekiranya hal ini berlaku, prosedur ini akan diulang. | YA | TIDAK |
| 3. Saya faham yang walaupun keputusan pemeriksaan adalah normal, ia tidak menjamin yang bayi yang akan dilahirkan adalah normal, kerana terdapat kemungkinan kecil berlaku ralat, atau tisu ibu boleh mencemari sampel. | YA | TIDAK |
| 4. Saya telah diberi peluang untuk bertanya soalan, dan soalan saya telah dijawab dengan sebaiknya dan difahami. | YA | TIDAK |
| 5. Saya bersetuju dan membenarkan untuk diberi ubat bius setempat atau menyeluruh untuk melakukan prosedur ini. | YA | TIDAK |
| 6. Saya membenarkan sampel mahupun keputusan dari prosedur ini diambil sebagai bahan kajian. | YA | TIDAK |

PESAKIT

Nama:

No. KP/Pasport:

Tandatangan:

Tarikh:

PEGAWAI PERUBATAN

Nama:

Jawatan:

Tandatangan dan cap:

Tarikh: