



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH  
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA  
Kod Dokumen: HSAAS/OAG/BR168

**BORANG KEIZINAN PROSEDUR AMNIOREDUCTION**

**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):

- Membantu dalam mengurangkan masalah pernafasan ibu - sesak nafas, masalah untuk tidur rata.
- Dalam kes kehamilan bayi kembar, ini akan membantu dalam mengurangkan jumlah cecair kepada *recipient twin* dan secara tidak langsung melancarkan pengaliran darah kepada *donor twin* dengan mengurangkan tekanan di dalam *amniotic cavity*.
- Mengurangkan tekanan uterus dan mengurangkan risiko untuk kelahiran pra matang dan pecah air ketuban untuk bayi yang tidak cukup bulan.
- Lain lain. Sila nyatakan: \_\_\_\_\_

2. Risiko yang mungkin terjadi:

- Kontraksi
- Kelahiran pramatang
- Pemecahan air ketuban secara spontan terlalu awal
- Uri tercabut (datang dengan pendarahan di vagina)
- *Chorioamnionitis* (jangkitan pada lapisan sekitar bayi)

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

Saya telah menterjemah informasi seperti di atas kepada pesakit yang berkenaan dengan sedaya upaya saya dengan cara yang saya percaya difahami olehnya.

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

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

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

### C. Kenyataan pesakit:

Sila baca borang ini dengan teliti dan sebaiknya. Sekiranya terdapat sebarang pertanyaan, sila kemukakan. Kami di sini untuk membantu anda. Keputusan muktamad adalah di tangan anda. Anda berhak mengubah keputusan anda bila-bila masa sahaja, termasuk selepas menanda tangani borang ini.

1. Saya dengan ini bersetuju dan memberi kebenaran untuk melakukan  YA prosedur *amnioreduction*, yang telah dijelaskan kepada saya berkenaan  TIDAK prosedur, indikasi dan risikonya terlebih dahulu.
2. Saya telah diberitahu dan memahami bahawa terdapat keberangskalian  YA kegagalan prosedur ini.  TIDAK
3. Saya telah diberi peluang untuk bertanya soalan, dan soalan saya telah  YA dijawab dengan sebaiknya dan difahami.  TIDAK
4. Saya bersetuju dan membenarkan untuk diberi ubat bius setempat atau  YA menyeluruh untuk melakukan prosedur ini.  TIDAK
5. Saya membenarkan sampel mahupun keputusan dari prosedur ini diambil  YA sebagai bahan kajian.  TIDAK

#### **PESAKIT**

Nama:

No. KP/Pasport:

Tandatangan:

Tarikh:

#### **PEGAWAI PERUBATAN**

Nama:

Jawatan:

Tandatangan dan cap:

Tarikh: