



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH  
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA  
Kod Dokumen: HSAAS/OAG/BR170

**BORANG KEIZINAN PROSEDUR *CHORIONIC VILLUS SAMPLING***

**A. Kenyataan pegawai perubatan:**

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

1. Kebaikan yang diinginkan: (Tanda yang berkenaan)

- Diagnosis untuk masalah kromosom (*Down syndrome, Edward's syndrome, dsb*)
- Diagnosis berkenaan 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

- Keguguran. Secara umum, risiko keguguran adalah kurang dari 1 dalam 500.
- Sakit di bahagian abdomen, pendarahan, atau sedikit kebocoran air ketuban.
- Kecacatan anggota badan telah dilaporkan sebelum ini kepada pesakit sebelum kandungan berusia 9.5 minggu dan kebanyakannya adalah apabila prosedur dilakukan melalui vagina/pangkal rahim. Tiada kecacatan dilaporkan sekiranya prosedur dilakukan melalui abdomen dan selepas kandungan berusia 9 minggu tetapi tidak boleh dijamin 100%.

Ujian makmal yang standad selalunya akan dapat mengenalpasti peratusan yang tinggi masalah kromosom. Terdapat 1 dalam 100 risiko keputusan yang tidak pasti kerana masalah pada uri *focal placental mosaicism*. Dalam kes-kes sebegini, prosedur *amniocentesis* akan dicadangkan. Terdapat juga risiko 1 dalam 100 keputusan yang normal tetapi sebenarnya bayi dalam kandungan mempunyai masalah kromosom.

**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.

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

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

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

### 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 *chorionic villus sampling* 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.  YA TIDAK
3. Saya difahamkan ada keadaan di mana analisa dari makmal tidak dapat dilakukan atau tidak dapat menghasilkan keputusan walaupun tisu yang telah diambil mencukupi. Sekiranya hal ini berlaku, prosedur ini akan diulang atau prosedur *amniocentesis* akan dicadangkan.  YA TIDAK
4. Saya faham yang walaupun keputusan pemeriksaan adalah normal, ia tidak menjamin yang bayi yang akan dilahirkan adalah normal, kerana terdapat kemungkinan kecil berlaku ralat dan tisu ibu boleh mencemari sampel. Bayi dengan keputusan yang normal masih boleh mendapat kecacatan anatomi dan juga terencat akal.  YA TIDAK
5. Saya telah diberi peluang untuk bertanya soalan, dan soalan saya telah dijawab dengan sebaiknya dan difahami.  YA TIDAK
6. Saya bersetuju dan membenarkan untuk diberi ubat bius setempat atau menyeluruh untuk melakukan prosedur ini.  YA TIDAK
7. Saya membenarkan sampel mahupun keputusan dari prosedur ini diambil sebagai bahan kajian.  YA TIDAK

#### **PESAKIT**

Nama:

No. KP:

Tandatangan:

Tarikh:

#### **PEGAWAI PERUBATAN**

Nama:

Jawatan:

Tandatangan dan cap:

Tarikh: