



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/OAG/BR172

**BORANG KEIZINAN PROSEDUR
DIAGNOSTIK HISTEROSKOPI DAN CURRETTAGE**

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 mengenalpasti punca gejala
 - Untuk mendapatkan contoh tisu dalam rahim untuk pemeriksaan makmal
 - Untuk mengenalpasti pertumbuhan dalam rahim yang disyaki, dan mengeluarkannya sekiranya boleh
 - Lain-lain (sila nyatakan) _____
2. Risiko serius yang mungkin terjadi:
 - *Uterine perforation* (tertembus dinding rahim) - 0.1 – 0.8% kes
 - Infeksi di ruang *pelvis*
 - Gagal untuk melihat ruang dalaman rahim
3. Risiko yang mungkin berlaku pada kadar agak kerap:
 - Pendarahan dari vagina
 - Sakit–di ruang *pelvis* atau hujung bahu
4. Prosedur tambahan (kecemasan) yang mungkin harus dilakukan semasa pembedahan:
 - *Laparoscopy* or *laparotomy* sekiranya berlaku tertembus dinding rahim
 - Transfusi darah
 - Prosedur lain (sila nyatakan) _____

Wanita yang pernah menjalani pembedahan di rahim atau pangkal rahim seperti *caesarean section*, *myomectomy* atau *cone biopsy*, tidak pernah bersalin atau mempunyai jangkitan pangkal rahim harus faham bahawa risiko yang kerap serta serius seperti yang telah tertera mungkin berlaku pada kadar yang lebih sedikit.

Semua pembedahan boleh membawa risiko kematian. Risiko untuk pembedahan seperti ini adalah sangat jarang.

Saya telah membincangkan kebaikan serta kelemahan mana-mana rawatan tambahan yang mungkin boleh dilakukan semasa prosedur ini, termasuk: rawatan alternatif termasuk pilihan untuk tiada rawatan.

- Memasukkan *levonorgestrel-releasing intrauterine system*
- Mengeluarkan *polyp* dalam rahim /pangkal rahim atau *submucosal fibroids*
- Lain-lain (sila nyatakan) _____

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 di atas kepada pesakit ini dengan sedaya upaya saya dan dengan cara di mana 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 di sini 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 bius yang akan digunakan dengan seorang doktor bius 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 dibawah 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: _____

Saksi

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 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: _____