



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH  
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA  
Kod Dokumen: HSAAS/OAG/BR173

**BORANG KEIZINAN PROSEDUR INDUKSI BERSALIN  
(INDUCTION OF LABOUR)**

Saya (nama)....., dengan nombor kad pengenalan/pasport....., No. MRN .....dan suami/waris (nama).....No. KP/ Pasport .....telah diterangkan oleh doktor bertugas (nama) ..... bahawa saya perlu menjalani induksi bersalin (*induction of labour*) atas sebab berikut:

1. ....
2. ....

Kaedah-kaedah induksi bersalin termasuk penggunaan *Prostaglandin* dan *Oxytocin* (ubatan/ farmakological), *Foley's catheter/ Laminaria/ Dilapan* (mekanikal), dan pemecahan selaput rahim (ARM - *artificial rupture of membrane*).

Kebaikan yang diinginkan:

- Untuk melahirkan bayi dengan cara yang paling selamat/segera dalam situasi di mana keputusan dibuat adalah untuk memastikan kesihatan ibu serta bayi pada tahap optima.

Risiko serius yang mungkin terjadi:

- Hyperstimulasi rahim
- Denyutan jantung bayi terganggu/ bayi lemas/ bacaan *cardiotocograph (CTG)* tidak normal
- Kegagalan induksi
- Kelahiran secara pembedahan seperti vacuum, forceps atau pembedahan caesarean
- Pecah rahim
- Transfusi darah
- Embolisma cecair ketuban

Saya telah diberi pilihan untuk **menerima/ menolak** prosedur ini.

Saya dan suami/ waris memahami risiko-risiko yang diterangkan dan **SETUJU** untuk menjalani prosedur induksi.

**PESAKIT**

Nama:  
No.KP/Pasport:  
Tandatangan:  
Tarikh:

**SUAMI/ WARIS**

Nama:  
No.KP/Pasport:  
Tandatangan:  
Tarikh:

**PEGAWAI PERUBATAN**

Nama:  
Jawatan/cap:  
Tandatangan:

Tarikh: