



A. Kenyataan pengamal perubatan:

Saya telah menerangkan prosedur yang dicadangkan kepada pesakit. Secara khasnya, saya telah menerangkan isu-isu berikut:

1. Kebaikan yang diinginkan: (pilih yang berkenaan)
 - Untuk mengenalpasti punca gejala
 - Lain-lain (sila nyatakan) _____
2. Risiko serius yang mungkin terjadi:
 - Trauma kepada usus, pundi kencing dan saluran darah utama
 - Kegagalan untuk memasukkan *laparoscope*
 - *Emfisema*
3. Risiko yang mungkin berlaku pada kadar agak kerap:
 - Gagal untuk mengenalpasti punca masalah
 - Lebam
 - Luka lewat sembuh
 - Sakit terasa dihujung bahu (*shoulder tip*)
 - *Hernia* di parut luka
4. Prosedur tambahan (kecemasan) yang mungkin harus dilakukan semasa pembedahan:
 - *Laparotomy* – 3 hingga 4 kes per 1000 prosedur
 - Membaik-pulih kerosakan kepada pundi kencing, usus serta saluran darah utama
 - Prosedur lain (sila nyatakan) _____

Secara keseluruhan, risiko komplikasi akibat prosedur seperti ini adalah lebih kurang 2 hingga 5 per 1000 kes.

Wanita yang obese, pernah menjalani pembedahan (seperti *caesarean section*) atau sememangnya menghadapi penyakit lain, harus faham bahawa risiko yang kerap serta serius seperti yang telah tertera mungkin berlaku pada kadar yang lebih tinggi.

Semua pembedahan boleh membawa risiko kematian. Risiko untuk pembedahan seperti ini adalah dijangka 3 hingga 8 per 100,000 prosedur.

Saya telah membincangkan kebaikan serta kelemahan beberapa prosedur tambahan yang mungkin perlu dilakukan semasa prosedur ini, termasuk:

Sila nyatakan _____

Saya juga telah membincangkan kebaikan serta kelemahan rawatan alternatif termasuk pilihan untuk tiada rawatan.

Tandatangan: _____

Tarikh: _____

Nama: _____

Jawatan: _____

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: _____ Nama: _____ Tarikh: _____

C. Kenyataan pesakit

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 di mana prosedur tersebut mampu menyelamatkan nyawa atau kesihatan saya.	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
6.	Saya telahpun 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 di bawah 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

Tandatangan: _____

Nama: _____

Tarikh: _____

D. Saksi

Seorang saksi perlu tandatangan ruangan di bawah sekiranya pesakit tidak boleh menurunkan tandatangan tetapi telahpun memberi persetujuan. Ibumama atau waris pesakit juga harus tandatangan ruangan di bawah sekiranya pesakit di bawah umur keizinan sah.

Tandatangan: _____ Nama: _____

Tarikh: _____

Hubungan dengan pesakit: _____

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: _____ Nama: _____

Tarikh: _____