



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/OAG/BR175

BORANG KEIZINAN PROSEDUR PEMANDULAN WANITA

Saya (nama)No.K/P.....
Yang beralamat di
dengan ini memberi keizinan untuk menjalankan pembedahan kemandulan yang keadaan dan tujuannya telah diterangkan kepada saya oleh Dr.....

Saya telah diberitahu bahawa pembedahan kemandulan ini adalah untuk tujuan kekal. Walau bagaimanapun saya memahami bahawa terdapat kemungkinan ia akan gagal (1 dalam 200) dan seandainya berlaku kehamilan, saya menyedari akan adanya risiko untuk kehamilan luar rahim.

Pembedahan akan dijalankan melalui kaedah
Risiko pembedahan termasuk:
.....
.....
.....

Saya juga memberi kebenaran ke atas pemberian bius umum biasa, pelali setempat atau lain-lain bius untuk tujuan ini.

Tidak ada jaminan yang telah diberi kepada saya bahawa pembedahan akan dijalankan oleh mana-mana pengamal perubatan yang tertentu ataupun perkhidmatan bius yang akan dijalankan oleh mana-mana pengamal bius yang tertentu.

Pesakit

Nama:
No. KP/ Pasport:
Tandatangan:

Suami

Nama:
No. KP / Pasport:
Tandatangan:

Tarikh:

Saya mengaku bahawa saya telah menerangkan tujuan, keadaan dan masalah berkaitan pembedahan ini kepada pesakit.

Pengamal Perubatan

Nama:
Jawatan:
Tandatangan:

Saksi

Nama:
Jawatan:
Tandatangan:

Tarikh: