



HOSPITAL SULTAN ABDUL AZIZ SHAH
UNIVERSITI PUTRA MALAYSIA
Kod Dokumen: HSAAS/OAG/BR176

BORANG KEIZINAN PROSEDUR PENGGUGURAN KANDUNGAN

(Untuk diisi oleh PEGAWAI PERUBATAN)

DOKTOR PERTAMA

Saya(nama) sebagai (jawatan) di Hospital Sultan Abdul Aziz Shah, UPM, telah memeriksa pesakit ini dan berpendapat bahawa pengguguran kandungan adalah diperlukan. Masalah kesihatan pesakit adalah seperti berikut:

1.
2.

Tandatangan:

Jawatan:

Nama/Cap:

Tarikh:

DOKTOR KEDUA

Saya(nama) sebagai(jawatan) di Hospital Sultan Abdul Aziz Shah, UPM, telah dirujuk berkenaan pesakit ini dan saya setuju/tidak setuju dengan pengguguran kandungan ini. Kaedah yang dicadangkan adalah:

Kaedah perubatan/pembedahan (sila bulatkan pilihan yang sesuai)

Tandatangan:

Jawatan:

Nama/Cap:

Tarikh:

*Pegawai perubatan mesti berdaftar dibawah *Malaysian Medical Council*.

BORANG KEIZINAN: PENGGUGURAN KANDUNGAN

(PESAKIT DAN PASANGAN)

Saya..... (nama) telah diberi penerangan oleh (Doktor pertama) dan..... (Doktor kedua) dan saya faham sepenuhnya masalah yang dihadapi dengan kandungan ini.

Saya menyedari sepenuhnya akan prosedur yang akan dijalankan serta komplikasi yang mungkin terjadi. Saya memberi persetujuan untuk kandungan ini digugurkan.

Pesakit

Pasangan/Ibu/Bapa/Waris

Nama: _____

Nama: _____

No. KP/Pasport: _____

No. KP/Pasport: _____

Tandatangan: _____

Tandatangan: _____

Tarikh: _____

Saksi 1

Saksi 2

Nama: _____

Nama: _____

Jawatan: _____

Jawatan: _____

Tandatangan: _____

Tandatangan: _____

Tarikh: _____

Tarikh: _____