



BORANG KEIZINAN PROSEDUR VAGINAL HYSTERECTOMY

- WITH / WITHOUT PELVIC FLOOR REPAIR FOR PROLAPSE**
- WITH / WITHOUT CONSERVATION OF OVARIES**
- PROSEDUR TAMBAHAN, Sila Nyatakan: _____**

1. Kenyataan pengamal perubatan:

Saya telah menerangkan prosedur tersebut kepada pesakit. Secara khususnya, isu-isu seperti berikut:

1. Kebaikan yang diinginkan: (pilih yang berkenaan)
 - Untuk mengurangkan atau merawat gejala akibat dari *prolapse*
 - Lain-lain (sila nyatakan) _____
2. Risiko serius yang mungkin terjadi:
 - Trauma saluran/pundi kencing atau masalah jangka panjang kepada fungsi pundi kencing (2 dalam 1000).
 - Trauma kepada usus/saluran pemakanan (5 dalam 1000).
 - Pendarahan yang memerlukan transfusi atau kembali ke dewan bedah (2 dalam 100).
 - Kembali ke dewan bedah untuk jahitan tambahan.
 - Jangkitan atau *abscess* di dalam pelvis (3 dalam 1000).
 - Darah beku samada *Venous thrombosis* (kerap terjadi) atau *Pulmonary embolism* (tidak kerap terjadi), risiko kematian secara purata dalam jangka 6 minggu adalah 37 dalam 100,000 wanita (jarang terjadi).
 - Tujuan pembedahan gagal mencapai hasrat yang diinginkan atau *prolapse* berulang lagi.
3. Risiko yang mungkin berlaku pada kadar agak kerap:
 - Jangkitan dan kerap kencing, *urinary retention*.
 - Pendarahan dari vagina.
 - Sakit selepas pembedahan, dan masalah dan/atau sakit semasa hubungan seksual.
 - Jangkitan pada luka pembedahan – sehingga 15%.
4. Prosedur tambahan (kecemasan) yang mungkin harus dilakukan semasa pembedahan:
 - Transfusi darah – mungkin perlu dalam 2 per 100 kes.
 - Ovari dikeluarkan semasa pembedahan (sekiranya tidak dirancang) akibat masalah yang tidak dijangka.
 - *Laparotomy* kerana prosedur yang lebih rumit dari jangkauan awal atau untuk membaik-pulih kerosakan kepada saluran kencing/usus serta saluran darah utama dalam 4 hingga 8% kes.
 - Prosedur lain (sila nyatakan) _____

Wanita yang obis (*obese*), pernah menjalani pembedahan (seperti *Caesarean*) atau menghadapi penyakit lain; harus faham bahawa risiko yang telah tertera mungkin berlaku pada kadar yang lebih tinggi. Semua pembedahan boleh membawa risiko kematian, di mana dalam prosedur ini risiko adalah dijangka 1 dalam 4000.

Saya telah membincangkan kebaikan serta kelemahan mengekalkan ovari sekiranya cadangan pembedahan hanya untuk mengeluarkan rahim (*hysterectomy*).

Saya juga telah membincangkan kebaikan serta kelemahan rawatan alternatif termasuk fisioterapi, penggunaan *ring pessary* serta pilihan untuk tiada rawatan.

Tandatangan: _____ Tarikh: _____

Nama: _____ Jawatan: _____

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: _____

3. Kenyataan pesakit

Sila baca borang ini dengan teliti. Helaian pertama borang keizinan ini yang menghuraikan kebaikan serta risiko rawatan yang disarankan juga perlu dibaca. Sekiranya anda ada soalan, sila bertanya pada kami. Anda berhak menukar fikiran pada 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 mana-mana pengamal kesihatan tertentu akan 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 saya menghalang.	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
5.	Saya faham mana-mana prosedur tambahan kepada apa yang telah pun 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 diberi risalah maklumat yang berkaitan.	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK
8.	Saya telah nyatakan dibawah mana-mana prosedur yang saya tidak mahu dilakukan tanpa perbincangan lebih lanjut: _____	<input type="checkbox"/> YA	<input type="checkbox"/> TIDAK

Tandatangan: _____ Nama: _____

Tarikh: _____

A. Saksi

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

Tandatangan: _____ Nama: _____

Tarikh: _____

Hubungan dengan pesakit: _____

B. 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: _____