



**OPERASI PERKHIDMATAN SOKONGAN  
PUSAT KESIHATAN UNIVERSITI**

**KEIZINAN PEMBEDAHAN/PROSEDUR**

Saya, \_\_\_\_\_ beralamat \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_ dengan ini bersetuju dan memberi keizinan untuk:

- \* (A) menjalani pembedahan/prosedur \_\_\_\_\_
- \* (B) menyerahkan \*anak/jagaan saya, \_\_\_\_\_, No. KP/ID \_\_\_\_\_  
untuk menjalani pembedahan/prosedur \_\_\_\_\_

di bawah (jenis anestesia) \*anestesia umum/setempat/lain-lain \_\_\_\_\_  
yang maklumat/tatacara, tujuan dan risikonya telah diterangkan kepada saya oleh Dr. \_\_\_\_\_  
melalui penterjemah (jika ada) \_\_\_\_\_. Saya mengaku bahawa saya faham akan  
penerangan yang diberikan dengan sepenuhnya dan saya juga faham sebab, akibat dan risiko  
pembedahan/prosedur berkenaan.

Saya juga bersetuju dan memberi keizinan untuk sebarang pembedahan/prosedur tambahan  
atau alternatif sebagaimana yang didapati perlu semasa pembedahan/prosedur tersebut di atas dan  
pemberian anestesia umum, setempat atau lain-lain bagi tujuan ini.

Tidak ada jaminan yang telah diberi kepada saya bahawa pembedahan/prosedur/rawatan bius  
itu akan dijalankan oleh mana-mana pengamal tertentu.

Ditandatangani : \_\_\_\_\_  
( \*Pesakit/Ibu/Bapa/Penjaga )  
Hubungan/Tali Persaudaraan: \_\_\_\_\_  
No. KP/ID : \_\_\_\_\_  
Tarikh : \_\_\_\_\_

**Peringatan:**

- Jika seseorang itu memberi keizinan sebagai seorang penjaga, hendaklah hubungan/tali persaudaraannya dijelaskan di bawah tandatangannya.
- Saksi boleh terdiri dari pengamal berdaftar/jururawat yang tidak terlibat secara langsung dengan rawatan dan tiada hubungan/tali persaudaraan dengan pesakit atau pengamal yang meminta keizinan.

**Saksi:**

Tandatangan : \_\_\_\_\_  
Nama : \_\_\_\_\_  
No. KP/ID : \_\_\_\_\_  
Jawatan : \_\_\_\_\_  
Tarikh : \_\_\_\_\_

**Penterjemah (jika ada):**

Tandatangan : \_\_\_\_\_  
No. KP/ID : \_\_\_\_\_  
Tarikh : \_\_\_\_\_  
Bahasa yang digunakan : \_\_\_\_\_

Saya mengakui bahawa saya telah menerangkan maklumat/tatacara, tujuan dan risiko  
pembedahan/prosedur ini kepada \*pesakit/ibu/bapa/penjaga.

Ditandatangani: \_\_\_\_\_  
(Pengamal \*Perubatan/Pergigian)  
No. MPM : \_\_\_\_\_  
Tarikh : \_\_\_\_\_  
Cap Jawatan : \_\_\_\_\_

**Peringatan:**

Sebarang pindaan kepada borang ini hendaklah dibuat sebelum penerangan diberi dan borang dikemukakan untuk ditandatangani.