HOSPITAL _____

Nama Pesakit : _____

No. MRN : _____

No. KP/ID : _____

Jantina : _____

Tarikh : _____

Lampiran A: Penjelasan tentang pembedahan/prosedur _____

_____

Maklumat/Tatacara:

_____

_____

_____

_____

_____

Tujuan:

_____

_____

_____

Risiko:

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____

Nota penjelasan tambahan yang diberi (jika ada) bertajuk: _____

_____

Tandatangan *Pesakit/Ibu/Bapa/Penjaga:

_____

Peringatan:
Keizinan Pembedahan/Prosedur dan Lampiran A hendaklah ditandatangani oleh individu yang sama.

*Potong yang tidak berkenaan