



**UNIT REKOD PERUBATAN
HOSPITAL UNIVERSITI SAINS MALAYSIA**

Jalan Raja Perempuan Zainab II
16150, Kubang Kerian, Kelantan.
Tel: 09-767 3160 / 3152 Faks: 09-767 3155

**BORANG KEIZINAN UMUM UNTUK MENDAPATKAN RAWATAN
HOSPITAL UNIVERSITI SAINS MALAYSIA**

MAKLUMAT PESAKIT		
Nama:	Alamat Semasa:	
No K/P atau Pasport:		
Nombor Pendaftaran (RN):		
Tarikh Lahir:	Jantina: L/P	No Tel:
<p>Saya dengan ini memohon rawatan perubatan dan penjagaan kesihatan di Hospital USM dan bersetuju untuk menerima perkhidmatan rutin berkaitan dengan keadaan perubatan saya, prosedur untuk merawat keadaan saya dan penjagaan perubatan serta pergigian.</p> <p>i. Saya faham perkhidmatan ini akan disediakan oleh pakar / pegawai perubatan / pergigian, jururawat, bidan terlatih (midwives), penolong pegawai perubatan dan pengamal perubatan yang lain.</p> <p>ii. Saya faham Hospital USM adalah sebuah hospital pengajar oleh itu, ada pegawai perubatan / jururawat / pengamal perubatan yang sedang menjalani latihan, di bawah seliaan pakar / pegawai yang bertanggungjawab dan mungkin akan terlibat dalam perawatan saya dan saya mengizinkan penglibatan mereka dalam penjagaan kesihatan saya.</p> <p>iii. Saya faham persetujuan saya menerima perkhidmatan ini dipanggil Keizinan Umum Mendapatkan Rawatan di Hospital USM dan ia adalah termasuk prosedur atau rawatan rutin seperti pengambilan darah, pemeriksaan fizikal, pemberian ubat-ubatan, mengambil gambar x-ray, penggunaan ubat bius setempat dan prosedur-prosedur lain yang tidak invasif.</p> <p>iv. Saya sedar dan memahami keizinan yang berbeza-diperlukan untuk prosedur invasif / pembedahan dan ujian diagnostik tertentu.</p> <p>v. Saya memberi keizinan data perubatan saya digunakan untuk pembentangan, perbincangan, penyelidikan, pengajaran dan pembelajaran klinikal sekiranya perlu, dengan kefahaman bahawa identiti dan privasi saya dirahsiakan dan dihormati.</p> <p>vi. Saya faham persetujuan menerima perkhidmatan ini berkuatk kuasa sehingga saya sendiri membatalkannya atau perawatan saya telah tamat.</p> <p>vii. Saya bertanggungjawab ke atas semua barang peribadi termasuk tetapi tidak terhad kepada telefon pintar, jam tangan, kaca mata, alat bantu pendengaran, gigi palsu, barang kemas, wang dan barang berharga lain. Dengan ini saya membebaskan hospital dari segala tanggungjawab untuk barang berharga tersebut.</p> <p>viii. Saya faham bahawa mungkin ada kos tertentu yang perlu dibayar berkaitan dengan rawatan saya mengikut undang-undang dan peraturan yang telah ditetapkan oleh Hospital USM.</p>		
PENGAKUAN PESAKIT / WARIS / PENJAGA		
Dengan menandatangani di bawah, saya mengesahkan bahawa:		
i. Saya telah diberi maklumat tentang Keizinan Umum Mendapatkan Rawatan di Hospital USM.		

BORANG KEIZINAN UMUM UNTUK MENDAPATKAN RAWATAN

ii. Saya telah diberikan masa yang secukupnya untuk mempertimbangkan risiko dan manfaat rawatan yang akan dijalankan ke atas saya / anak saya / waris di bawah jagaan saya.	
iii. Saya telah diberi peluang untuk bertanyakan soalan dan semua persoalan saya telah dijawab dengan memuaskan.	
iv. Saya telah diberi maklumat tentang rawatan alternatif (jika ada) untuk penyakit saya / anak saya / waris di bawah jagaan saya. Saya memahami saya boleh memilih untuk tidak bersetuju dengan rawatan yang disyorkan serta akibat dari keputusan ini.	
v. Saya faham bahawa keputusan saya adalah secara sukarela.	
vi. Saya juga memahami tentang risiko dan manfaat rawatan ini dan saya secara sukarela memberi persetujuan untuk saya / anak saya / waris di bawah jagaan saya untuk menjalani rawatan seperti yang diterangkan kepada saya oleh staf Hospital USM.	
PESAKIT / WARIS / PENJAGA: (Potong mana yang tidak berkenaan)	
Nama:	Tandatangan:
No Kad Pengenalan:	Tarikh:
Hubungan Dengan Pesakit (Jika Berkenaan):	No tel :
PENGAKUAN STAF HOSPITAL USM	
Dengan menandatangani di bawah, saya mengesahkan bahawa:	
i. Saya telah memberi maklumat rawatan umum di atas secara lisan dan saya juga telah menjelaskan tatacara rawatan umum kepada pesakit / penjaga / waris berkenaan.	
ii. Saya telah memberikan masa yang secukupnya untuk pesakit / penjaga / waris berkenaan mempertimbangkan risiko dan manfaat rawatan ini.	
iii. Saya telah memberikan peluang untuk pesakit / penjaga / waris bertanyakan soalan dan menjawab semua persoalan dengan jelas.	
iv. Saya telah memberikan maklumat tentang pilihan rawatan alternatif (jika ada) untuk penyakit berkenaan kepada pesakit / penjaga / waris. Saya memberi peluang kepada pesakit / penjaga / waris untuk membuat pilihan samada bersetuju atau tidak setuju dengan rawatan yang disyorkan serta akibat dari keputusan yang diambil.	
STAF HOSPITAL USM	
Tandatangan :	Cop Rasmi:
Nama :	
No Kad Pengenalan :	
Jawatan :	Tarikh:
DEKLARASI PENTERJEMAH (JIKA BERKENAAN)	
Bahasa yang digunakan:	
Saya mengaku bahawa saya telah menterjemah perbincangan diantara pesakit / waris / penjaga dengan pengamal perubatan dengan sebaik mungkin dan pesakit / waris / penjaga faham dan berpuashati dengan bahasa yang digunakan.	
Tandatangan:	Tarikh:
Nama:	No telefon:
No Kad Pengenalan:	