



KEIZINAN - PROSEDUR RADIOLOGI BAGI WANITA MENGANDUNG ATAU KEMUNGKINAN HAMIL

MAKLUMAT PESAKIT

Nama

No. IC

Alamat

Tarikh

LMP

Wad / Klinik

Prosedur Radiologi

Borang keizinan ini diguna pakai bagi pemeriksaan radiografi, Imbasan CT atau Imbasan MR. Anda dan kandungan akan didedahkan dengan radiasi / frekuensi radio. Risiko pendedahan sinaran ini adalah sangat minimal. Sinaran-X ini berkemungkinan meningkatkan kebarangkalian untuk mendapatkan penyakit kanser ke atas kandungan anda di masa depan. Pemeriksaan ini tidak menambahkan risiko kecacatan semasa kelahiran.

Risiko anda mendapat penyakit kanser adalah wujud namun risikonya adalah jauh lebih rendah dari risiko ke atas bayi anda. Sehingga kini tidak ada sebarang indikasi yang menunjukkan bahawa seseorang yang menjalani Imbasan MR semasa mengandung akan memberikan kesan yang tidak baik ke atas kandungan. Walau bagaimanapun seperti yang dinyatakan oleh U.S. Food and Drug Administration (FDA), bahawa kesan penggunaan pengimejan MR ketika mengandung belum terbukti lagi.

Pakar perubatan yang merawat anda telah menimbang risiko yang berkaitan dengan pemeriksaan ini dan yakin bahawa pemeriksaan ini adalah demi kebaikan anda dan anak anda. Memandangkan pemeriksaan ini adalah penting maka prosedur ini perlu diteruskan. Sebarang pertanyaan boleh dikemukakan kepada pakar radiologi.

PENGAKUAN OLEH PESAKIT / PENJAGA / WARIS

Saya mengaku bahawasanya kebarangkalian risiko prosedur ke atas * saya / isteri / anak / anak jagaan saya dan kandungannya telah diterangkan kepada saya oleh doktor saya dan saya bersetuju menjalani prosedur radiologi ini.

Tandatangan pesakit

Nama

Tarikh

No. IC

Hubungan

(jika kebenaran diberikan oleh penjaga / waris)

PENGAKUAN OLEH DOKTOR YANG MERAWAT / MEMOHON

Saya sahkan bahawa saya telah menerangkan kepada * pesakit / suami / ibubapa / penjaga tentang kebaikan, kesan dan risiko pemeriksaan radiologi ini ke atas pesakit dan kandungannya. Pada pendapat saya beliau telah faham dengan penerangan tersebut.

Tandatangan

Tarikh

Cop Rasmi

PENGAKUAN OLEH DOKTOR RADIOLOGI / DOKTOR YANG MENJAGA

Saya sahkan bahawa saya telah menerangkan kepada * pesakit / suami / ibubapa / penjaga tentang kebaikan, kesan dan risiko pemeriksaan radiologi ini ke atas pesakit dan kandungannya. Pada pendapat saya beliau telah faham dengan penerangan tersebut.

Tandatangan

Tarikh

Cop Rasmi

PENGAKUAN OLEH PESAKIT / PENJAGA / WARIS

Saya mengaku bahawasanya kebarangkalian risiko prosedur ke atas * saya / isteri / anak / anak jagaan saya dan kandungannya telah diterangkan kepada saya oleh doktor saya dan saya bersetuju menjalani prosedur radiologi ini.

Tandatangan pesakit

Nama

Tarikh

No. IC

Hubungan

(jika kebenaran diberikan oleh penjaga / waris)