



## Borang Persetujuan Pemindahan Darah Atau Komponen Darah

Nama Pesakit:

Tarikh:

No. Kad Pengenalan.:

Umur:

Jantina: Lelaki Perempuan

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Alamat:

Pengamal Perubatan Yang Merawat: Dr.

No. Kad Pengenalan:

Saya, seperti nama tersebut di atas/ ibu bapa/ penjaga/ suami/ isteri/ saudara kepada pesakit seperti nama di atas\*, telah dimaklumkan bahawa pesakit memerlukan pemindahan darah atau komponen darah. Pengamal Perubatan yang merawat telah memberi penjelasan kepada saya tentang risiko dan kebaikan pemindahan darah dan saya berpuas hati dengan semua jawapan yang diberikan kepada soalan-soalan yang saya kemukakan. Saya faham dan sedar, meskipun darah atau komponen darah itu telah menjalani ujian saringan untuk HIV, Hepatitis B, Hepatitis C dan Sifilis mengikut standard yang telah ditetapkan, namun risiko jangkitan penyakit menerusi pemindahan darah masih boleh berlaku. Saya juga faham dan sedar bahawa komplikasi pemindahan darah yang lain yang tidak dapat dielakkan juga mungkin berlaku.

Saya benar-benar faham kenyataan di atas dan saya bersetuju untuk menerima pemindahan darah atau komponen darah.

.....  
Tanda tangan pesakit / ibu bapa/ penjaga/  
suami/ isteri/ saudara terdekat.\*

.....  
Tandatangan Pengamal  
Perubatan yang merawat.

Nama ibu bapa/ penjaga/ suami/ isteri/ saudara terdekat\*\*:

No. Kad Pengenalan:

Saya memperakui makluman di atas telah diterangkan kepada pesakit/ ibu bapa/ penjaga/ suami/ isteri/ saudara terdekat yang tanda tangannya tertera di atas. Pada hemah saya penama yang dirujuk telah memahami kandungan borang ini dan telah bersetuju untuk menerima pemindahan darah atau komponen darah secara sukarela.

.....  
Tanda tangan saksi

Nama saksi:

No. Kad Pengenalan saksi:

\* potong yang tidak berkaitan

\*\* jika perlu