



INSTITUT JANTUNG NEGARA
National Heart Institute
145, Jalan Tun Razak, 50400 Kuala Lumpur, Malaysia.
Tel: (603) 2617 8356 / 8416 / 8414 Fax: (603) 2691 7278

SURAT KEIZINAN UNTUK PEMBEDAHAN IMPLANTASI VAD

Saya _____ beralamat _____
_____ dengan ini memberi keizinan

- Untuk menjalani pembedahan _____
- Menyerahkan anak / saya _____

Untuk menjalani pembedahan 'implantation of THORATEC IVAD system (mini heart assist device)'

(Sila rujuk Lampiran 1). Pembedahan ini merangkumi:

- i. Implantasi sistem VAD dibahagian jantung dan abdomen.
- ii. Penyambungan drive line dari abdomen ke driver console.
- iii. Sekiranya terdapat keperluan untuk membantu bahagian kanan jantung, sistem THORATEC PVAD akan digunakan (Lampiran 2)

Saya memahami tujuan pembedahan ini sebagai 'bridge to transplantation' iaitu untuk membantu jantung saya berfungsi sambil menunggu untuk menerima organ (jantung) yang baru. Segala prosedur, komplikasi dan risiko pembedahan telah diterangkan kepada saya oleh Dr. Mohamed Ezani Md Taib, Pakar Perunding Bedah Kardiorasik.

Saya juga memberi izin untuk sebarang langkah pembedahan selanjut atau yang lain sebagaimana yang didapati perlu bagi pembedahan tersebut di atas dan memberikan bius umum biasa, pelali bahagian tempat atau lain-lain bagi apa jua tujuan ini.

Tidak ada jaminan yang telah diberi kepada saya bahawa pembedahan itu akan dijalankan oleh mana-mana Pengamal Perubatan yang tertentu ataupun perkhidmatan rawatan bius itu akan dijalankan oleh mana-mana Pengamal Bius yang tertentu.

Tarikh: _____

Tandatangan: _____

(Pesakit / Ibu Bapa / Penjaga)*

Tali Persaudaraan: _____

No. K/P: _____

Peringatan: Jika seseorang itu memberi keizinan sebagai seorang penjaga hendaklah tali persaudaraannya dijelaskan di bawah tandatangannya.

Saya mengakui bahawa saya telah menerangkan keadaan dan tujuan pembedahan ini kepada Pesakit / Ibu Bapa / Penjaga.*

Tandatangan: _____

Dr. Mohamed Ezani Md Taib

Pengarah Klinikal Program Transplan Jantung dan Paru-paru

Tandatangan: _____

Pakar Perunding Bedah Cardiothorasic

Tarikh: _____

Tarikh: _____

Tandatangan: _____

Pakar Perunding Anestesiologis

Tandatangan: _____

Pakar Perunding Anestesiologis

Tarikh: _____

Tarikh: _____

Sebarang pemotongan dan tambahan atau pindaan kepada borang ini hendaklah dibuat sebelum penerangan itu diberi dan borang itu dikemukakan untuk ditandatangani.