

BORANG KEBENARAN UNTUK PEMINDAHAN JANTUNG

Borang kebenaran pemindahan jantung menyediakan maklumat tentang risiko, komplikasi yang mungkin berlaku dan kesan sampingan daripada prosedur pemindahan jantung. Selepas membaca dan membincangkannya dengan doktor, anda seharusnya telah dimaklumkan dengan jelas tentang risiko dan manfaat prosedur pemindahan jantung.

Penderma akan disaring untuk menentukan penyakit berjangkit dan keadaan perubatan lain yang mungkin wujud. Walau bagaimanapun, jangkitan dan penyakit tertentu mungkin tidak dapat dikesan sewaktu pemindahan dilakukan, tetapi boleh dipindahkan semasa proses pemindahan atau dikesan selepas pemindahan. Sebelum pemindahan dilakukan, jantung penderma akan dinilai oleh pasukan perolehan sebelum jantung tersebut diambil. Kesesuaian jantung penderma untuk pemindahan akan dibincangkan dengan anda dan keluarga anda.

Saya faham komplikasi berikut boleh berlaku:

Risiko pembedahan jantung terbuka

- Strok.
- Kerosakan ginjal (buah pinggang).
- Perdarahan akibat pembedahan, atau memerlukan pembedahan ulangan.
- Sebarang jenis jangkitan kuman.

Risiko khusus Pemindahan Jantung

- Penolakan jantung baharu.
- Memerlukan perentak untuk jantung baharu.
- Jantung baharu mungkin gagal berfungsi dan perlu dibantu oleh mesin Oksigenasi Membran Luar Badan atau Pam Belon Di Dalam Aorta (pembuluh darah utama).
- Tindak balas dan kesan sampingan ubat imunosupresan seperti darah tinggi, kerosakan ginjal (buah pinggang) dan diabetes (kencing manis).
- Risiko mendapat kanser (termasuk kanser sel darah putih dan kulit).
- Kematian mungkin berlaku disebabkan oleh prosedur atau komplikasi selepas prosedur.

Risiko psikososial

- Tekanan diri dan keluarga.

Saya faham bahawa saya akan bergantung pada ubat-ubatan seumur hidup untuk menghentikan sistem imun saya daripada menolak jantung baharu serta apa-apa ubatan lain yang perlu untuk mengawal keadaan perubatan saya.

Dengan ini saya bersetuju:

1. Untuk menjalani Pemindahan Jantung
2. Untuk menjalani Biopsi Kardium (melibatkan 15 biopsi dalam tempoh satu tahun pertama selepas pembedahan dan biopsi tambahan apabila perlu), bagi memantau penolakan jantung
3. Eksplan jantung saya dihantar untuk pemeriksaan histopatologi dan tujuan penyelidikan.

Saya telah membaca maklumat yang dinyatakan di atas dan telah diberi peluang untuk mengemukakan soalan dan saya berpuas hati dengan penjelasan serta jawapan yang diberikan.

Berdasarkan pernyataan-pernyataan di atas ini, SAYA PESAKIT/ IBU ATAU BAPA / SUAMI ATAU ISTERI/ AHLI KELUARGA TERDEKAT/ PENJAGA KEPADA PESAKIT BERSETUJU UNTUK MENJALANI/ MEMBENARKAN PESAKIT MENJALANI PROSEDUR/ RAWATAN/ PEMBEDAHAN TERSEBUT.

SAYA *PESAKIT / IBU ATAU BAPA / SUAMI ATAU ISTERI / AHLI KELUARGA TERDEKAT / PENJAGA KEPADA PESAKIT dengan ini bersetuju bahawa diantara IJN, doktor dan saya / pesakit adalah tertaluk dan ditafsirkan menurut undang-undang Malaysia dan bidang kuasa mutlak mahkamah Malaysia.

Tandatangan:

Nombor kad pengenalan:.....

Nama* Pesakit atau Ibu/ Bapa/ Suami/ Isteri/ Ahli Keluarga Terdekat/ Penjaga kepada pesakit:

.....

Hubungan dengan Pesakit:

Tarikh:

Saya bersaksi dan telah membantu dalam penjelasan maklumat/ prosedur kepada pesakit dan / atau penjaga sebagaimana diterangkan oleh doktor.

Disaksikan oleh,

Tandatangan:

Nama saksi:

Jawatan:

Tarikh:.....

PERNYATAAN DOKTOR

Saya mengesahkan bahawa saya telah menerangkan kepada pesakit atau ibu/ bapa/ suami/ isteri/ ahli keluarga terdekat/ penjaga kepada pesakit:

- masalah perubatan pesakit
- perlunya pesakit menjalani prosedur/ rawatan/ pembedahan;
- keadaan, manfaat, risiko yang mungkin timbul dan kesan sampingan prosedur/ rawatan/ pembedahan yang dicadangkan itu;
- beberapa jenis prosedur/ rawatan/ pembedahan yang lain, termasuklah risikonya dan kesan sampingan/ akibat yang mungkin berlaku;
- risiko yang ketara/ besar dan masalah yang besar kepada pesakit ini
- semua isu lain seperti yang dinyatakan di dalam borang persetujuan ini.

Saya dengan ini mengesahkan dengan pesakit/ ibu atau bapa/ suami atau isteri / ahli keluarga terdekat/ Penjaga kepada pesakit bahawa pesakit tiada apa-apa soalan lanjutan dan bersetuju menjalani prosedur/ rawatan/ pembedahan.

Tandatangan Doktor:

Nama Doktor :

Jawatan:

Tarikh: