

INFORMASI DAN PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN
PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan		DD & DD	
Pemberi Informasi / DPJP			
Pasien / Keluarga			
	Jenis Informasi	Isi Informasi	Tanda (V)
1.	Diagnosis (WD & DD)	- Vaginal discharge - cancer	✓
2.	Dasar Diagnosis	- Pap smear - abnormal	✓
3.	Tindakan Kedokteran	- Konektif	✓
4.	Indikasi Tindakan	- Konektif	✓
5.	Tata Cara	- Konektif	✓
6.	Tujuan	- Konektif	✓
7.	Risiko	- Konektif	✓
8.	Komplikasi	- Konektif	✓
9.	Prognosis	- Konektif	✓
10.	Alternatif & Risiko	- Konektif	✓
	Lain-lain		

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi

tanda tangan
Dr.dr. H. Syahril, Sp. B
Dokter Spesialis Bedah

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf

tanda tangan
Lui

* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : Dwi Utari Jabbar

Umur : 30 tahun

Jenis kelamin : laki-laki/perempuan*,

Alamat : Jl. Sastra Raya blok J NO.26 kompleks Unhar Antang.

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan _____ terhadap saya/ _____

saya* bernama Muhammad Thoriq Al Amin umur 1.5 tahun, laki-laki / perempuan*, alamat Jl. Sastra Raya blok J NO.26 kompleks Unhar Antang

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

Makassar, 11/03/2024

Yang menyatakan *

Saksi:

(Lui)
(Dwi Utari Jabbar)

(syahril) ()