



### PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIK (INFORMED CONSENT)

Nama : ..... Jenis Kelamin : L/P  
Umur/Tanggal lahir : ..... tahun./ .....  
Pekerjaan : .....  
Alamat : .....  
.....  
Hubungan Keluarga : .....  
NIK : .....  
Kesatuan : .....  
Nomor RM : .....  
Diagnosa : .....  
Nama Tindakan : .....

Dengan ini menyatakan persetujuan/penolakan secara tertulis/lisan oleh pasien orang tua/wali/suami/istri/keluarga terdekat, setelah yang bersangkutan mendapat penjelasan secara lengkap dari tenaga kesehatan yang mencakup :

1. Diagnosis dan Tata cara tindakan medis.
2. Tujuan tindakan medik yang dilakukan.
3. Alternatif tindakan lain dan resikonya.
4. Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi.
5. Prognosis terhadap tindakan yang dilakukan.

Yang Menyatakan,

Jakarta, ..... 20....

Tenaga Kesehatan,

.....

a. Saksi 1

Mengetahui :

.....

b. Saksi 2

.....

.....