



Nama Pesakit :

Tarikh :

No. Kad Pengenalan :

Umur :

Alamat :

Jantina :

Pengamal perubatan yang merawat :

No. kad pengenalan pengamal perubatan :

**BORANG PERSETUJUAN PEMINDAHAN DARAH ATAU KOMPONEN DARAH**

Saya, ....., No. kad pengenalan ..... telah dimaklumkan bahawa saya / 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, Sifilis namun risiko jangkitan penyakit menerusi pemindahan darah masih boleh berlaku. Saya juga faham dan sedar bahawa komplikasi pemindahan darah yang lain tidak dapat dielakkan juga mungkin berlaku.

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

.....

.....

Tandatangan pesakit/ibubapa/penjaga/  
Suami/isteri/saudara terdekat.

Tandatangan Pengamal  
Perubatan yang merawat.

.....

Tandatangan saksi :

Nama saksi :

No. kad pengenalan :

MR/NSG/37 (08/15)