PEMERINTAH KABUPATEN BATU BARA
RSUD Batu Bara
Jl. Datuk Kubah Batu Bara, Kwala Gumung
Kec. Lima Puluh, Kab. Batu Bara, 21255

RM:08e

Nama :
Tgl. Lahir: L/P
No. RM :

PERSETUJUAN/PENOLAKAN PEMBERIAN TRANSFUSI DARAH

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama		
Umur/Jenis Kelamin		☐ Laki – laki ☐ Perempuan
Alamat		
Bukti Diri/KTP/SIM/Passport No		

Telah Mendapatkan Penjelasan Dokter Tentang :

- ☐ Tujuan Transfusi Darah
- ☐ Manfaat Transfusi Darah
- ☐ Perkiraan jumlah yang di berikan
- ☐ Resiko dan komplikasi yang mungkin terjadi
- ☐ Alternatif lain yang bisa dilakukan tanpa transfusi darah
- ☐ Perkiraan biaya

Disamping itu dokter juga telah menjelaskan kepada saya bahwa :

- ☐ Tindakan tambahan kemungkinan diperlukan jika dokter menemukan sesuatu yang tak terduga
- ☐ Tindakan ini kemungkinan tidak memberikan hasil yang sesuai harapan walaupun sudah dilakukan sesuai standart prosedur yang berlaku

Saya sudah mendapat kesempatan untuk bertanya dan saya mengerti dan puas dengan penjelasan yang diberikan sehubungan dengan pertanyaan – pertanyaan saya, disamping itu jika terjadi kecelakaan seperti darah terinfeksi HIV dan penyakit lainnya, saya memberikan izin untuk mengambil darah pasien untuk test HIV dan penyakit lainnya yang penularannya melalui darah. Dengan ini saya menyatakan SETUJU/MENOLAK* untuk dilakukan pemberian Transfusi darah yang sudah dijelaskan diatas.

Terhadap diri saya * / Anak* / Istri* / Suami* / Ayah* / Ibu* / ..... Saya :

Nama			
Umur / Jenis Kelamin		☐ Laki – laki ☐ Perempuan	
Dirawat di / Ruangan			
No. RM			
Tanda Tangan	Dokter yang menjelaskan ( )	Keluarga/Pasien ( )	Saksi ( )