



SULTAN AHMAD SHAH MEDICAL CENTRE @IIUM

CONSENT FORM

RADIOLOGICAL PROCEDURE FOR PREGNANT OR POTENTIALLY PREGNANT LADY

Name : _____
 RN : _____ NRIC/Passport No.: _____
 Ward/Clinic: _____

This informed consent form applies only to a single radiographic procedure, CT Scan or MRI examination. You are scheduled for a radiological procedure. You and your unborn child will be exposed to radiation / radiofrequency. The risk associated are very minimal. The X-radiation / radiofrequency might slightly increase the possibility of cancer later in your child’s life, but the actual potential healthy life is nearly the same as that of other children in circumstances similar to yours. The examination does not add to risks for birth defect.

There is also a risk of cancer induction in yourself but the risk is much lower than the risk to your baby. To date, there has been no indication that the use of clinical MR imaging during pregnancy has produced any deleterious effect. However, as noted by the U.S Food and Drug Administration (FDA), the safety of MR imaging during pregnancy has not been proven. Your physician has considered the risk associated with this examination and believes it is in your and your child’s best interest to proceed. Any doubts should be directed to the respective radiologist.

I, NRIC/Passport No.:
(Name of patient/husband/parents/guardian)
 of
(Address)
 hereby consent to submit *myself/my wife/ my child,
(Name of patient)
 to have the radiological procedure
(Name of procedure)

The possible risks of the procedure to *me/my wife/my child and the pregnancy have been explained to me.

Signature of thumbprint: Date:
(Patient/Husband/Parents/Guardian)

I confirmed that I have explained to the *patient/husband/parents/guardian the benefit, the effects and risks of the radiological examination to the patient and her pregnancy. In my opinion he/she understood the explanation.

Signature / Name and official stamp: Date:
(Attending Doctor)

Signature / Name: Date:
(Witness / Translator)
 NRIC/Passport No. :

SULTAN AHMAD SHAH MEDICAL CENTRE @IIUM

BORANG KEIZINAN

PROSEDUR RADIOLOGI BAGI WANITA MENDUNG ATAU DISYAKI MENDUNG

Nama : _____
RN : _____ No. Kad Pengenalan/Pasport: _____
Wad/Klinik: _____

Borang keizinan ini diguna pakai bagi pemeriksaan radiografi, imbasan CT atau imbasan MR. Anda dan bayi dalam kandungan akan didedahkan dengan sinaran-X / radiofrekuensi. Risiko pendedahan sinaran ini adalah sangat rendah. Sinaran-X / radiofrekuensi ini berkemungkinan mampu untuk meningkatkan kebarangkalian kandungan anda untuk mendapat penyakit kanser dalam jangka masa panjang. Namun, pemeriksaan ini tidak menambahkan risiko kecacatan semasa kelahiran.

Risiko anda untuk mendapat penyakit kanser masih wujud namun risikonya adalah jauh lebih rendah berbanding risiko ke atas kandungan bayi anda. Sehingga kini tidak ada sebarang indikasi yang menunjukkan bahawa seseorang yang menjalani imbasan MR semasa mengandung akan mendapat kesan yang tidak baik ke atas kandungan mereka. Walau bagaimanapun seperti yang dinyatakan oleh U.S Food and Drug Administration (FDA), prosedur MRI tidak dapat dibuktikan selamat secara klinikal untuk pesakit yang mengandung.

Pakar perubatan yang merawat anda telah mengambil kira risiko yang berkaitan dengan pemeriksaan ini dan yakin bahawa pemeriksaan ini adalah demi kebaikan anda dan kandungan anda. Memandangkan pemeriksaan ini adalah penting, maka prosedur ini perlu diteruskan. Sebarang pertanyaan boleh dikemukakan kepada pegawai perubatan yang berkenaan.

Saya, No. Kad Pengenalan/Pasport:
(Nama Pesakit/Suami/ Ibulbapa/Penjaga)
beralamat

dengan ini memberi keizinan bagi diri * saya/isteri/anak/anak jagaan saya,
(Nama Pesakit)

Untuk menjalani prosedur radiologi
(Nama Prosedur)

Kebarangkalian risiko prosedur ke atas * saya/isteri/anak/anak jagaan saya dan kandungannya telah diterangkan dengan jelas kepada saya.

Tandatangan / Cap jari: Tarikh:
(Pesakit/Suami/Ibulbapa/Penjaga)

Saya mengesahkan bahawa penerangan telah diberikan kepada *pesakit/suami/ibubapa/penjaga tentang kebaikan, kesan dan risiko pemeriksaan radiologi ini ke atas pesakit dan kandungannya.

Tandatangan / Nama dan cop rasmi:

Tandatangan / Nama:

..... Tarikh:
(Doktor yang merawat)

..... Tarikh:
(Saksi/Penterjemah)

No. Kad Pengenalan/Pasport: