



**SURAT PERNYATAAN PERSETUJUAN TINDAKAN MEDIS
 (PENGAMBILAN DARAH)**

Yang bertanda tangan di bawah ini saya :

No. Kartu Donor : -

Nama Donor :

Tempat Tanggal Lahir :,/...../.....

Jenis Kelamin : Laki-Laki Perempuan

Pekerjaan : TNI/Polri Peg. Negeri Peg. Swasta Mhs/Pelajar Lain-lain

Alamat :

RT/RW/..... Desa/Kelurahan

KecamatanKab/Kota

ProvinsiKode Pos

Telepon/Hp : Email

Donor Terakhir :/...../.....

Sekarang Donor Ke : Kali Tempat Penyumbangan :

Menyatakan :

1. Menyetujui untuk dilaksanakan tindakan medis (pengambilan darah) dan saya telah menerima penjelasan tentang tata kerja, tujuan serta resiko yang mungkin terjadi
2. Saya juga menyatakan setuju untuk :
 - 2.1. Mengisi data diri serta pertanyaan terkait dengan tindakan medis ini secara lengkap dan jujur
 - 2.2. Dilakukan pemeriksaan kesehatan sebelum proses pengambilan darah
 - 2.3. Diperiksa sampel darahnya terhadap parameter penyakit Hepatitis B, Hepatitis C, Sifilis dan HIV
 - 2.4. Diberi informasi jika hasil pemeriksaan terhadap sampel darah dinyatakan reaktif atau meragukan dan bersedia darahnya untuk tidak ditransfusikan kepada pasien yang membutuhkan
3. Resiko dan Manfaat
 - 3.1. Selain dari keuntungan yang di dapat, saya menyadari bahwa tindakan medis ini mengandung resiko. Resiko yang mungkin terjadi termasuk hematoma, mual, pusing atau pingsan
 - 3.2. Saya menyadari bahwa resiko-resiko yang disebutkan tersebut berhubungan dengan tindakan medis yang dilakukan
4. Kondisi Tidak Terduga
 Saya menyadari sepenuhnya bahwa pada tindakan medis yang dilakukan memungkinkan terjadi resiko yang tidak di diskusikan sebelumnya, dimana hal tersebut memerlukan tindakan tambahan, untuk itu saya menyetujui tindakan tambahan tersebut apabila diperlukan.

Yang menyatakan persetujuan
 Tangerang,.....20.....

.....

ttd donor dan nama jelas

.....

ttd dokter/petugas & nama jelas

