

**BAHAGIAN KESIHATAN PERGIGIAN NEGERI MELAKA
BORANG KEIZINAN PEMBEDAHAN PERIODONTIK**

Saya yang beralamat di.....
..... dengan ini memberi keizinan untuk diri saya / anak
dibawah jagaan saya yang bernama untuk menjalani
pembedahan periodontium jenis di kawasan gigi
..... di mana keadaan dan tujuannya
diterangkan kepada saya oleh Dr. seperti yang berikut:

1. Dibawah pelali setempat dari jenissebanyak% yang
mengandungi/tidak mengandungi adrenalin sebanyak
2. Pelali setempat ini akan diberikan secara suntikan infiltrasi dan/atau blok di
kawasan/ gigidi permukaan bukal dan/atau
palatal dan/atau lingual.
3. Pelali ini akan ditambah lagi semasa pembedahan sekiranya diperlukan
4. Prosedur pembedahan ini adalah pembedahan seperti berikut:

Selepas pembedahan ini anda **mungkin (tidak semestinya)** akan mengalami perkara yang
berikut di kawasan pembedahan:

- Sedikit perdarahan
- Gigi akan sedikit atau lebih goyah dari biasa, tetapi akan mencapai semula
kekuatannya selepas 4 minggu
- Berasa sedikit sensitif kepada makanan/minuman sejuk buat sementara waktu

Saya mengaku faham akan pembedahan yang dijalankan serta komplikasi sementara /kekal
yang boleh berlaku seperti tercatat di atas. Saya juga faham perkara-perkara yang mungkin
berlaku dan telah menanyakan soalan-soalan yang meragukan.

Tarikh:.....

Tandatangan

.....

(Pesakit / Ibubapa / penjaga

No Kad Pengenalan:.....

Saksi / Penterjemah:

Bahasa digunakan : Melayu dan/atau Inggeris

Nama:

Nombor kad pengenalan:

Tandatangan:

Saya mengaku telah menerangkan keadaan dan tujuan pembedahan ini kepada Pesakit /
Ibubapa/Penjaga

Tarikh:.....

Tandatangan

.....
(Nama Perawat / PP / Pakar)

Jawatan:

Tarikh Kuatkuasa : 11.08.2016

MS ISO 9001:2015