



**PEMBERIAN INFORMASI TENTANG PENELITIAN KLINIS,
 PEMERIKSAAN KLINIS ATAU UJI KLINIS**

LABEL PASIEN

Nama Pasien : _____
 Tgl. Lahir/Jenis Kel. : _____
 No. RM : _____
 Alamat : _____

(Harap diisi atau menempelkan stiker bila ada)

Ruang : _____

Tanggal : _____

Jam : _____

PEMBERIAN INFORMASI

Calon Subyek Penelitian			
Peneliti			
Pemberi Informasi			
Penerima Informasi			
No	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Tujuan Penelitian		
2	Prosedur Penelitian		
3	Manfaat yang akan diperoleh		
4	Kemungkinan terjadinya ketidaknyamanan dan risiko		
5	Prosedur Alternatif		
6	Menjaga Kerahasiaan		
7	Kompensasi bila terjadi kecelakaan dalam penelitian		
8	Partisipasi berdasarkan kesukarelaan		
9	Proses persetujuan keikutsertaan sebagai subyek penelitian		
10	Proses penolakan sebagai subyek penelitian dan pengunduran diri sebagai subyek penelitian sebelum penelitian selesai		
11	Insentif bagi subyek penelitian bila ada		
12	Kemungkinan timbul biaya bagi penjamin akibat keikutsertaan sebagai subyek penelitian		

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar, jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi

Pemberi informasi

(.....)
 Tanda tangan dan nama terang

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya

Penerima informasi

(.....)
 Tanda tangan dan nama terang

***Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat**



PERSETUJUAN MENGIKUTI PENELITIAN/INFORMED CONCENT

<p style="text-align: center;">LABEL PASIEN</p> <p>Nama Pasien : _____ Tgl. Lahir/Jenis Kel. : _____ No. RM : _____ Alamat : _____</p> <p style="text-align: center;"><i>(Harap diisi atau menempelkan stiker bila ada)</i></p>	<p>Ruang : _____ Tanggal : _____ Jam : _____</p>
---	--

Yang bertanda tangan dibawah ini, saya (Diisi data pasien) :

Nama :
 Tanggal lahir/ Jenis kelamin : / L P
 No rekam medis :
 Alamat :

Bila pasien berusia di bawah 21 tahun/ tidak dapat menerima informasi dan tidak dapat memberikan persetujuan karena alasan lain sehingga tidak dapat menandatangani surat ini, pihak rumah sakit dapat mengambil kebijaksanaan dengan memperoleh tanda tangan dari orang tua, pasangan, anggota keluarga terdekat atau wali dari pasien.

Saya yang bertanda tangan di bawah ini:

Nama :
 Tanggal lahir/ Jenis Kelamin : / L P
 Alamat :
 Hubungan dengan pasien : Istri Suami Anak Ayah Ibu Lain-lain

Setelah memperoleh informasi baik secara lisan dan tulisan mengenai penelitian/penapisan dan informasi tersebut telah saya pahami dengan baik tentang manfaat tindakan yang akan dilakukan, keuntungan dan kemungkinan ketidaknyamanan dari penelitian yang dilakukan oleh :

Nama :
 Institusi :
 Judul :
 Dalam rangka : KTI Skripsi Tesis Disertas lainnya

Dengan ini saya menyatakan setuju untuk berpartisipasi dalam penelitian/penapisan. Dan apabila di kemudian hari saya merasa terganggu akibat dari proses penelitian, saya diperkenankan untuk mengundurkan diri dari keikutsertaan dalam penelitian, dan saya mendapatkan jaminan dari peneliti maupun pihak lain yang terkait dengan penelitian bahwa pengunduran dari saya tidak akan mempengaruhi kualitas pelayanan kesehatan terhadap saya, Demikian surat pernyataan ini saya buat dalam keadaan sadar tanpa paksaan dari pihak manapun serta untuk dipergunakan sebagaimana mestinya.

Peneliti

Surakarta,jam.....
 Yang menyatakan

(.....)
 Tanda Tangan dan Nama Terang

(.....)
 Tanda Tangan dan Nama Terang

Kode RM : 2014 09 1 78 01

Beri tanda (V) pada kotak yang tersedia
 (Diisi dengan lengkap dan jelas)