

CONSENT BY PATIENT FOR CLINICAL RESEARCH

Version No.: 2

Version Date: 7/11/25

I, Identity Card No.....
 (Name of Patient)
 of
 (Address)
 hereby agree to take part in the clinical research (clinical study/questionnaire study/drug trial) specified below:

Title of Study: POSTOPERATIVE SATISFACTION AND ACCPETABILITY FOLLOWING CESAREAN DELIVERY: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL COMPARING ABDOMINAL BINDER TO NON PRESSURE BINDER USE

The nature and purpose of which has been explained to me by Dr.

 (Name & Designation of Doctor)

and interpreted by to the best of his/her ability in
 (Name & Designation of Interpreter)
 language/dialect.

I have been told about the nature of the clinical research in terms of methodology, possible adverse effects and complications (as per patient information sheet). After knowing and understanding all the possible advantages and disadvantages of this clinical research, I voluntarily consent of my own free will to participate in the clinical research specified above.

I understand that I can withdraw from this clinical research at any time without assigning any reason whatsoever and in such a situation shall not be denied the benefits of usual treatment by the attending doctors.

Date: Signature or Thumbprint
 (Patient)

IN THE PRESENCE OF

Name)
)
 Identity Card No.) Signature
 (Witness for Signature of Patient)

Designation)

I confirm that I have explained to the patient the nature and purpose of the above-mentioned clinical research.

Date Signature
 (Attending Doctor)

**CONSENT BY PATIENT
 FOR
 CLINICAL RESEARCH**

R.N.
 Name
 Sex
 Age
 Unit

KEIZINAN OLEH PESAKIT UNTUK PENYELIDIKAN KLINIKAL

Nombor Versi: 2

Tarikh Versi: 7/11/25

Saya..... No. Kad Pengenalan

(Nama Pesakit)

beralamat.....

(Alamat)

dengan ini bersetuju menyertai dalam penyelidikan klinikal (pengajian klinikal/pengajian soal-selidik/percubaan ubat-ubatan) disebut berikut:

Tajuk Penyelidikan: POSTOPERATIVE SATISFACTION AND ACCPETABILITY FOLLOWING CESAREAN DELIVERY: A RANDOMIZED CONTROLLED TRIAL COMPARING ABDOMINAL BINDER TO NON PRESSURE BINDER USE

yang mana sifat dan tujuannya telah diterangkan kepada saya oleh Dr.....

(Nama & Jawatan Doktor)

mengikut terjemahan

(Nama & Jawatan Penterjemah)

yang telah menterjemahkan kepada saya dengan sepenuh kemampuan dan kebolehannya di dalam Bahasa / loghat.....

Saya telah diberitahu bahawa dasar penyelidikan klinikal dalam keadaan methodologi, risiko dan komplikasi (mengikut kertas maklumat pesakit). Selepas mengetahui dan memahami semua kemungkinan kebaikan dan keburukan penyelidikan klinikal ini, saya merelakan/mengizinkan sendiri menyertai penyelidikan klinikal tersebut di atas.

Saya faham bahawa saya boleh menarik diri dari penyelidikan klinikal ini pada bila-bila masa tanpa memberi sebarang alasan dalam situasi ini dan tidak akan dikecualikan dari kemudahan rawatan dari doktor yang merawat.

Tarikh: Tandatangan/Cap Jari

(Pesakit)

DI HADAPAN

Nama)

Tandatangan

No. K/P.....)

(Saksi untuk Tandatangan Pesakit)

Jawatan)

Saya sahkan bahawa saya telah menerangkan kepada pesakit sifat dan tujuan penyelidikan klinikal tersebut di atas.

Tarikh: Tandatangan

(Doktor yang merawat)

Unit