



**KEIZINAN OLEH PESAKIT UNTUK PENYELIDIKAN KLINIKAL**

Nombor Versi: 1

Tarikh Versi: 18 November 2025

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: Keberkesanan Topeng Mata dan Penutup Telinga berbanding Risalah Kebersihan Tidur terhadap Kualiti Tidur dan Keputusan IVF dalam kalangan Wanita yang Menjalani Persenyawaan in Vitro: Satu Kajian Rawak Terkawal

yang mana sifat dan tujuannya telah diterangkan kepada saya oleh

Dr Nurul Hafiza Binti Md Khairi

*(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 .....

)

No. K/P.....

)

Jawatan .....

)

Tandatangan

*(Saksi untuk Tandatangan Pesakit)*

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

Tarikh: .....

Tandatangan .....

*(Doktor yang merawat)*

**KEIZINAN OLEH PESAKIT  
UNTUK  
PENYELIDIKAN KLINIKAL**

No. Pendaftaran

Nama  
Jantina  
Umur  
Unit

**BK-MIS-1117-E02**



Unit

**KEIZINAN OLEH WARIS YANG BERTANGGUNGJAWAB UNTUK PENYELIDIKAN KLINIKAL**

Nombor Versi: 1

Tarikh Versi: 18 November 2025

Saya,..... Kad Pengenalan .....

*(Nama Waris yang bertanggungjawab)*

beralamat.....

*(Alamat)*

dengan ini bersetuju supaya saudara saya..... menyertai

*(Nama Pesakit)*

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

**Tajuk Penyelidikan:** Keberkesanan Topeng Mata dan Penutup Telinga berbanding Risalah Kebersihan Tidur terhadap Kualiti Tidur dan Keputusan IVF dalam kalangan Wanita yang Menjalani PERSenyawaan in Vitro: Satu Kajian Rawak Terkawal

yang mana sifat dan tujuannya telah diterangkan kepada saya oleh Dr Nurul Hafiza Binti Md Khairi

*(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 metodologi, risiko dan komplikasi (mengikut kertas maklumat pesakit). Saya mengetahui dan memahami semua kemungkinan kebaikan dan keburukan penyelidikan klinikal ini. Saya merelakan/mengizinkan saudara saya menyertai penyelidikan klinikal tersebut di atas.

Saya faham bahawa saya boleh menarik balik penyertaan saudara saya dalam 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. Sekiranya saudara saya kembali berupaya untuk memberi keizinan, beliau mempunyai hak untuk terus menyertai kajian ini atau memilih untuk menarik diri.

Tarikh: ..... Pertalian ..... Tandatangan/Cap Jari Waris

dengan Pesakit ..... yang bertanggungjawab .....

**DI HADAPAN**

Nama .....)

Tandatangan .....

No. K/P.....)

*(Saksi untuk Tandatangan*

Jawatan.....)

*Waris yang Bertanggungjawab)*

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

Tarikh: ..... Tandatangan .....

*(Doktor yang merawat)*

No. Pendaftaran

**KEIZINAN OLEH WARIS PESAKIT** Nama

**UNTUK** Jantina

**PENYELIDIKAN KLINIKAL** Umur

BK-MIS-1117-E0