

## BORANG KEIZINAN UNTUK PESAKIT DAN WAKIL UJIAN CRASH-3

**Tajuk Penyelidikan:** Asid tranexamic untuk rawatan kecederaan otak traumatik signifikan: ujian terkawal plasebo, buta duaan dirawakkan antarabangsa

Kod hospital		Penyelidik Utama Tempatan				
Nombor ID hospital Pesakit		Nombor perawakan				
			KOTAK		PEK	
Nama pesakit		Jika wakil, perhubungan dengan pesakit				

**Nombor Versi: 1.2 [Malaysia] / Tarikh Versi: 06/09/2016**

- Saya mengesakan bahawa saya telah membaca dan memahami helaian maklumat Nombor Versi 1.2 [Malaysia], tarikh versi 06/09/2016, untuk kajian di atas dan telah mendapat peluang untuk bertanya soalan.
- Saya faham bahawa keizinan saya ialah secara sukarela dan saya bebas untuk menarik balik keizinan ini pada bila-bila masa, tanpa memberikan sebarang sebab dan tanpa penjagaan kesihatan saya/pesakit ini atau sebarang hak undang-undang terjejas.
- Saya faham bahawa seksyen nota perubahan saya/pesakit mungkin dilihat oleh individu bertanggungjawab yang terlibat dalam kajian. Saya memberikan keizinan kepada individu ini untuk mencapai rekod ini.
- Saya memberikan keizinan untuk salinan borang keizinan ini, yang mengandungi maklumat peribadi saya/pesakit, untuk disediakan kepada Trial Coordinating Centre di London untuk tujuan pemantauan sahaja.
- Saya memberikan keizinan untuk doktor peribadi saya/pesakit untuk diberikan maklumat mengenai penyertaan dalam percubaan ini.
- Saya bersetuju untuk saya/pesakit mengambil bahagian dalam kajian di atas, percubaan CRASH-3.

### Pesakit/Wakil:

_____ Nama Pesakit/Wakil	_____ Nombor I/C	_____ Tarikh	_____ Tandatangan (cap jari atau tanda lain jika tidak dapat menandatangani)
-----------------------------	---------------------	-----------------	---

### Penyelidik menjalan keizinan termaklum:

_____ Nama orang yang mengambil keizinan	_____ Nombor I/C	_____ Tarikh	_____ Tandatangan
---	---------------------	-----------------	----------------------

### Penyelidik Utama:

_____ Nama Penyelidik Utama tapak	_____ Nombor I/C	_____ Tarikh	_____ Tandatangan
--------------------------------------	---------------------	-----------------	----------------------

### Saksi bebas: (jika diperlukan)

*Pesakit/wakil tidak dapat menandatangani. Sebagai saksi, saya mengesahkan bahawa semua maklumat mengenai percubaan telah diberikan dan pesakit/wakil telah memberikan keizinan untuk mengambil bahagian.*

_____ Nama saksi	_____ Nombor I/C	_____ Tarikh	_____ Tandatangan
---------------------	---------------------	-----------------	----------------------

**Asal untuk diisikan dalam Fail Kajian Penyelidik; 1 salinan untuk pesakit; 1 salinan untuk disimpan dengan rekod hospital pesakit**