

FAKULTAS KEPERAWATAN-UNIVERSITAS PELITA HARAPAN

**PERMOHONAN IZIN UNTUK PENGGUNAAN INFORMASI KESEHATAN UNTUK
STUDI KASUS PROGRAM STUDI PENDIDIKAN PROFESI NERS**

Nama Mahasiswa dan NIM:

1. Agathe Permata (NIM: 015032102)
2. Ayina Anugrahni (NIM: 010310066)
3. Christin Natalis (NIM: 010310053)

Yth. Bapak/Ibu/Saudara/i

Kami, mahasiswa Program Studi Pendidikan Profesi Ners Fakultas Keperawatan Universitas Pelita Harapan, mengajukan permohonan izin untuk menggunakan informasi kesehatan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk tujuan pembelajaran dan studi kasus yang dapat memberikan manfaat pembelajaran kepada mahasiswa dan tenaga kesehatan khususnya perawat. Jika Bapak/Ibu/Saudara/i menyetujui dan mengizinkan kami menggunakan isi rekam medis untuk studi kasus ini, kami akan memerlukan akses terhadap beberapa informasi seperti: usia, kondisi medis, hasil laboratorium dan diagnostik lainnya, serta obat-obatan yang didapat selama perawatan.

Keputusan Bapak/Ibu/Saudara/i untuk persetujuan izin ini bersifat sukarela. Bapak/Ibu/Saudara/i bebas untuk menyatakan tidak, tanpa ada dampak apapun terhadap penanganan perawatan saat ini atau kedepannya. Meskipun Bapak/Ibu/Saudara/i tidak mendapatkan manfaat secara langsung dengan pemberian izin ini, informasi yang ada akan membantu mengembangkan pemahaman kami akan manajemen perawatan pasien.

Privasi dan Kerahasiaan

Privasi Bapak/Ibu/Saudara/i akan kami hormati dan kami akan memberikan upaya perlindungan informasi yang Bapak/Ibu/Saudara/i berikan. Hanya nama mahasiswa yang disebutkan diatas yang akan memiliki akses untuk informasi yang mengidentifikasi Bapak/Ibu/Saudara/i. Semua data yang akan kami gunakan dalam studi ini akan dideidentifikasi,

PERNYATAAN IZIN (*CONSENT STATEMENT*)

- Saya telah membaca (atau seseorang membacakannya untuk saya) informasi dalam formulir persetujuan izin ini.
- Saya memahami tujuan, prosedur, dan risiko serta manfaat studi kasus ini
- Saya sudah diberikan waktu untuk berpikir sebelum memberikan persetujuan ini
- Saya memiliki kesempatan untuk bertanya dan menerima jawaban yang memuaskan
- Saya memahami bahwa saya bebas untuk mundur dari studi ini kapan saja dan dengan alasan apapun, dan keputusan ini tidak akan berdampak pada perawatan saya
- Saya memberikan izin untuk menggunakan informasi saya untuk studi kasus ini sesuai dengan kebutuhan yang sudah disampaikan dalam formulir ini

Tanggal: 1/6/22

(Bapak/ Ibu IM Inisial Pasien)


MADHUSEN
Tanda tangan

yang artinya semua informasi seperti nama dan nomor rekam medis Bapak/Ibu/Saudara/i tidak akan dimasukkan kedalam laporan studi kasus ini. Seluruh data yang kami dapatkan akan disimpan dan diproteksi, dan akan dihancurkan secara permanen setelah lima tahun dari publikasi studi kasus ini.

Keputusan untuk menarik diri

Jika Bapak/Ibu/Saudara/i menyetujui kami menggunakan informasi Bapak/Ibu/Saudara/i untuk studi kasus ini, dan kemudian Bapak/Ibu/Saudara/i berubah pikiran, Bapak/Ibu/Saudara/i dapat mengajukan pengunduran diri. Keputusan ini tidak akan berdampak apapun terhadap perawatan Bapak/Ibu/Saudara/i.

Jika Bapak/Ibu/Saudara/i memberikan izin kepada kami untuk menggunakan informasi kesehatan untuk studi kasus ini, kami memohon kepada Bapak/Ibu/Saudara/i untuk memberikan persetujuan pada halaman berikutnya.

Bapak/Ibu/Saudara/i dapat menghubungi kami secara langsung apabila ada pertanyaan, melalui nomor HP: 08123338259. Jika Bapak/Ibu/Saudara/i tidak memberikan izin persetujuan, tidak ada hal yang Bapak/Ibu/Saudara/i perlu lakukan selanjutnya.

Hormat kami,



Asyifa Permata
(Nama mahasiswa)



Auna Angriahni
(Nama mahasiswa)



Chastin Natalia
(Nama mahasiswa)