



BAHAGIAN PEMBANGUNAN KESIHATAN KELUARGA
JABATAN KESIHATAN AWAM (*PUBLIC HEALTH DEPARTMENT*)
KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
(*MINISTRY OF HEALTH, MALAYSIA*)
Aras 7 & 8, BLOK E10, Kompleks E
Pusat Pentadbiran Kerajaan Persekutuan
62590, Putrajaya.

Tel : 03-8883 3888
Faks :
E-mail : bpkk@moh.gov.my

Ruj. Kami : KKM.600-30/3/8 Jld 3(2)
Tarikh : 12 Disember 2025

SEPERTI SENARAI EDARAN

YBhg. Datuk/ Dato'/ Datin/ Tuan / Puan,

EDARAN BORANG PERSETUJUAN KLIEN BAGI PEMASANGAN KONTRASEPTIF ALAT DALAM RAHIM (ADR) DAN IMPLAN

Dengan segala hormatnya perkara di atas adalah dirujuk.

2. Bersama-sama ini disertakan Borang Persetujuan Pemasangan Kontraseptif Alat Dalam Rahim (**Lampiran 1**) dan Borang Persetujuan Pemasangan Kontraseptif Implan (**Lampiran 2**) untuk digunapakai di semua fasiliti kesihatan primer berkuatkuasa dengan tarikh surat ini. Borang ini telah disemak bersama Pejabat Penasihat Undang-Undang KKM.
3. Penggunaan borang persetujuan ini bagi memastikan semua klien menerima maklumat yang tepat mengenai kaedah pemasangan, manfaat, risiko dan kesan sampingan kontraseptif (jika ada), sekaligus mengelakkan risiko kekeliruan atau salah faham maklumat.
4. Sebarang pertanyaan boleh diajukan kepada Dr. Sarah bt Awang Dahlan di talian 03-88834290 e-mel: sarah.ad@moh.gov.my. Perhatian pihak YBhg. Datuk/ Dato'/ Datin/ Tuan/ Puan amat dihargai dan didahului dengan ucapan terima kasih.

Sekian.

“MALAYSIA MADANI”

“BERKHIDMAT UNTUK NEGARA”

Saya yang menjalankan amanah

(DATO' DR. NORSIAH HJ ALI) MMC 30052

Pengarah

Bahagian Pembangunan Kesihatan Keluarga
Kementerian Kesihatan Malaysia

druty/has/kk/10122025

sk : Ketua Kepakaran Perubatan Keluarga Kebangsaan &
Pakar Perunding Kanan Perubatan Keluarga
Klinik Kesihatan Putrajaya Presint 18, Putrajaya

SENARAI EDARAN

1. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Johor
2. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Kedah
3. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Kelantan
4. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Melaka
5. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Sembilan
6. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Pahang
7. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Perak
8. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Perlis
9. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Pulau Pinang
10. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Sabah
11. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Sarawak
12. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Selangor
13. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri Terengganu
14. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri WPKL & WP Putrajaya
15. Pengarah
Jabatan Kesihatan Negeri WP Labuan



BORANG PERSETUJUAN PEMASANGAN KONTRASEPTIF ALAT DALAM RAHIM (INTRAUTERINE CONTRACEPTIVE DEVICE)

Alat Dalam Rahim (ADR) merupakan alat kontraseptif untuk mencegah kehamilan yang berkesan dan bertahan untuk jangka masa panjang. Jangka masa ketahanan adalah mengikut jenis ADR yang digunakan.

ADR mempunyai kelebihan termasuklah ia mempunyai keberkesanan yang tinggi, tidak mengganggu hubungan seks, tidak perlu kerap ke klinik dan berkesan untuk jangka masa yang panjang.

Kesan sampingan yang mungkin boleh dialami oleh pengguna ADR termasuklah perubahan aturan haid (kerap berlaku dalam masa tiga (3) hingga enam (6) bulan pertama selepas pemasangan), jangkitan dalam rahim (jarang berlaku) dan kecederaan/ *perforation* dinding rahim (jarang berlaku).

Saya (*No. MyKad / No. Paspot / Tanda pengenalan diri lain:)
telah membaca/ dibacakan oleh Dr. (No.
MyKad:) yang berjawatan
tentang maklumat mengenai ADR serta tujuan pemasangannya seperti di atas. Dengan ini saya memahami bahawa:

1. pemasangan ADR mungkin memberi kesan sampingan seperti yang dinyatakan di atas;
2. saya bertanggungjawab terhadap risiko yang mungkin berlaku ke atas *saya/anak saya/orang di bawah jagaan saya kerana manfaat ADR adalah jauh lebih baik daripada kesan sampingannya; dan
3. dengan menandatangani persetujuan pemasangan ADR ini, saya bersetuju dengan rela hati untuk *saya/ anak saya/ orang di bawah jagaan saya memasang ADR mengikut prosedur seperti yang diterangkan oleh doktor.

PERSETUJUAN PEMASANGAN ALAT DALAM RAHIM

Saya *bersetuju/tidak bersetuju untuk Alat Dalam Rahim (ADR) digunakan untuk:

(Sila tandakan "I" pada kotak yang berkenaan)

☐

Diri saya; atau

☐

*anak/ orang di bawah jagaan saya bernama

No. MyKad / No. Paspot / Tanda pengenalan diri lain:

*Sila potong yang tidak berkenaan

Tandatangan/Cap Jari

Nama :
No. Kad Pengenalan:
Tarikh :

Tandatangan Saksi

Nama :
No. Kad Pengenalan:
Tarikh :

Tandatangan Pegawai Perubatan

Nama :
No. Kad Pengenalan:
Tarikh :
Cop rasmi :

*Sila potong yang tidak berkenaan



BORANG PERSETUJUAN PEMASANGAN KONTRASEPTIF IMPLAN

Kontraseptif implan merupakan sejenis alat perancang keluarga untuk mencegah kehamilan yang mengandungi hormon progesteron. Ia adalah alat yang berkesan dan bertahan untuk jangka masa panjang. Jangka masa ketahanan adalah mengikut jenis implan yang digunakan.

Kontraseptif implan mempunyai kelebihan termasuklah ia mempunyai keberkesanaan yang tinggi, tidak mengganggu hubungan seks, tidak perlu kerap ke klinik dan berkesan dalam jangka masa panjang.

Kesan sampingan yang mungkin boleh dialami oleh pengguna kontraseptif implan termasuklah perubahan aturan haid, sakit kepala, masalah jerawat, perubahan berat badan dan sakit/ ketidakselesaan payudara (*breast tenderness*). Kesan yang mungkin boleh berlaku sejeurus selepas pemasangan implan termasuklah sakit atau bengkak di tempat pemasangan.

Saya yang memberi persetujuan di bawah telah membaca/ dibacakan tentang maklumat mengenai kontraseptif implan serta tujuan pemasangannya seperti di atas. Dengan ini saya memahami bahawa:

1. pemasangan kontraseptif implan mungkin memberi kesan sampingan seperti yang dinyatakan di atas;
2. saya bertanggungjawab terhadap risiko yang mungkin berlaku ke atas *saya/ anak saya/ orang di bawah jagaan saya kerana manfaat kontraseptif implan adalah jauh lebih baik daripada kesan sampingannya; dan
3. dengan menandatangani persetujuan pemasangan kontraseptif implan ini, saya bersetuju dengan rela hati untuk *saya/ anak saya/ orang di bawah jagaan saya memasang implan mengikut prosedur seperti yang diterangkan oleh doktor.

PERSETUJUAN PEMASANGAN KONTRASEPTIF IMPLAN

Saya *bersetuju/tidak bersetuju untuk menggunakan kontraseptif implan untuk:
(Sila tandakan "/" pada kotak yang berkenaan)

☐

Diri saya; atau

☐

*anak/ orang di bawah jagaan saya bernama

(No. MyKad / No. Paspot / Tanda pengenalan diri lain:)

*Sila potong yang tidak berkenaan

Tandatangan/Cap Jari

Nama :
No. Kad Pengenalan:
Tarikh :

Tandatangan Saksi

Nama :
No. Kad Pengenalan:
Tarikh :

Tandatangan Pegawai Perubatan

Nama :
Jawatan :
No. Kad Pengenalan:
Tarikh :
Cop rasmi :

*Sila potong yang tidak berkenaan