

**Persetujuan Pasien untuk Publikasi**  
**Patient Consent for Publication**


Informasi berikut harus disampaikan agar formulir ini diproses secara akurat.

*The following information must be provided in order for this form to be processed accurately.*

Pasien memiliki hak untuk menolak menandatangani formulir persetujuan ini: penolakan untuk menandatangani formulir ini tidak akan mempengaruhi perawatan mereka dengan cara apapun.

*Patients have the right to refuse to sign this consent form; refusal to sign this form will not affect their care in any way.*

- Dengan ini saya memberikan persetujuan saya untuk gambar atau informasi klinis lainnya yang berkaitan dengan kasus saya untuk dilaporkan dalam publikasi kedokteran.  
*I hereby give my consent for images or other clinical information relating to my case to be reported in a medical publication.*
- Saya mengerti bahwa materi ini akan dipublikasikan tanpa nama saya terlampir. Segala upaya akan dilakukan untuk memastikan saya tidak dapat diidentifikasi, tetapi kerahasiaan identitas lengkap saya tidak dapat dijamin.  
*I understand that the material will be published without my identity attached. Every effort will be made to ensure I can not be identified, but my complete anonymity cannot be guaranteed.*
- Saya mengerti bahwa materi tersebut dapat dipublikasikan dalam jurnal, website, atau dalam bentuk publikasi lainnya, sehingga saya mengerti bahwa materi ini dapat dilihat oleh masyarakat umum.  
*I understand that the material may be published in a journal, website, or other form of publication. As a result, I understand that the material may be seen by general public.*
- Saya mengerti bahwa materi tidak akan digunakan di luar konteks, mis. untuk iklan, atau pengemasan produk lain.  
*I understand that the material will not be used out of context. E.g., for advertising or packaging other products.*

Nama pasien: Shofie Salsabilla  
*Name of patient*  
Tanda tangan pasien/wali:   
*Signed of patient / the person giving consent on behalf of the patient*  
Tanggal: 17 MARET 2021  
*Date*

Jika anda bukan pasien, apa hubungan anda dengannya? (Orang yang memberikan persetujuan harus menjadi pembuat keputusan pengganti atau wali sah atau harus memegang kuasa untuk pasien).

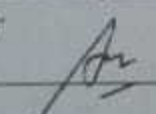
*If you are not the patient, what is your relationship to him or her? (The person giving consent should be a substitute decision maker or legal guardian or should hold power of attorney for the patient).*

orang tua pasien (Usman Efendi)

Mengapa pasien tidak bisa memberikan persetujuan? (mis. apakah pasien di bawah umur, lumpuh, atau meninggal dunia)

*Why is the patient not able to give consent? (e.g., the patient is a minor, incapacitated, or deceased)*

pasien di bawah umur

Nama dokter: ARMY BAMBUDI SURYO  
*Name of doctor*  
Tanda tangan:   
*Signed*  
Tanggal: 17 MARET 2021  
*Date*