

CONSENT BY RESPONSIBLE RELATIVE FOR CLINICAL RESEARCH

Version No.:2.0

Version Date : 01/02/2026

IIdentity Card No.....
 (Name)

of
 (Address)

hereby agree that my relative I.C. No.....
 (Name)
 participate in the clinical research (clinical study) specified below:-

Title of Study: Patient-Controlled Analgesia (PCA) with Ketamine–Morphine (PCA KetaMorph) vs PCA Morphine for Postoperative Analgesia in Idiopathic Scoliosis Surgery – A Randomized Controlled Trial (PCA KetaMorph trial).

the nature and purpose of which has been explained to me by Dr.
 (Name & Designation of Doctor)

and interpreted by
 (Name & Designation of Interpreter)

..... to the best of his/her ability in language/dialect.

I have been informed of the nature of this clinical research in terms of procedure, possible adverse effects and complications (as per patient information sheet). I understand the possible advantages and disadvantages of participating in this research. I voluntarily give my consent for my relative to participate in this research specified above.

I understand that I can withdraw my relative from this clinical research at any time without assigning any reason whatsoever and in such situation, my relative shall not be denied the benefits of usual treatment by the attending doctors. Should my relative regains his/her ability to consent, he/she will have the right to remain in this research or may choose to withdraw.

Relationship Signature or
 Date: to Patient Thumbprint

IN THE PRESENCE OF

Name

Identity Card No. Signature
 (Witness)

Designation

I confirm that I have explained to the patient's relative the nature and purpose of the above-mentioned clinical research.

Date Signature.....
 (Attending Doctor)

CONSENT BY	RN
RESPONSIBLE RELATIVE FOR	Name
CLINICAL RESEARCH	Sex
	Age
	Unit

KEIZINAN OLEH WARIS YANG BERTANGGUNGJAWAB UNTUK PENYELIDIKAN KLINIKAL

Nombor Versi :2.0

Tarikh Versi :01/02/2026

Saya,..... Kad Pengenalan

 (Nama Waris yang bertanggungjawab)

beralamat.....
 ...
 (Alamat)

dengan ini bersetuju supaya saudara saya.....
 menyertai
 (Nama Pesakit)

dalam penyelidikan klinikal (pengajian klinikal) disebut berikut:

Tajuk Penyelidikan: Patient-Controlled Analgesia (PCA) with Ketamine–Morphine (PCA KetaMorph) vs PCA Morphine for Postoperative Analgesia in Idiopathic Scoliosis Surgery – A Randomized Controlled Trial (PCA KetaMorph trial).

yang mana sifat dan tujuannya telah diterangkan kepada saya oleh
 Dr.....

.....mengikut terjemahan
(Nama & Jawatan Doktor)
 (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: PertalianTandatangan/Cap Jari Waris
dengan Pesakit yang bertanggungjawab

DI HADAPAN

Nama

No. K/P..... Tandatangan

.....
 (Saksi untuk Tandatangan
 Waris yang Bertanggungjawab)

Jawatan.....

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

Tarikh:

.....

Tandatangan

(Doktor yang merawat)

**KEIZINAN
PESAKIT
PENYELIDIKAN KLINIKAL**

OLEH

No. Pend.
Jantina
Umur
Unit

CONSENT BY PATIENT FOR CLINICAL RESEARCH

Version No : 1.0

Version Date : 28/8/2025

I, <div style="text-align: center;"><i>(Name of Patient)</i></div>	Identity Card No.
of <div style="text-align: center;"><i>(Address)</i></div>	
hereby agree to take part in the clinical research (clinical study/questionnaire study/drug trial) specified below:	
<u>Title of Study:</u> Adolescent Idiopathic Scoliosis Postoperative Patient-Controlled Analgesia Randomised Ketamine-Morphine: A Pilot Double-Blind Trial (SPARK-M Study)	
the nature and purpose of which has been explained to me by Dr. <div style="text-align: center;"><i>(Name & Designation of Doctor)</i></div>	
and interpreted by <div style="text-align: center;"><i>(Name & Designation of Interpreter)</i></div>	
..... to the best of his/her ability in language/dialect.	
I have been told about the nature of the clinical research in terms of methodology, possible adverse effects and complications (as per patient information sheet). After knowing and understanding all the possible advantages and disadvantages of this clinical research, I voluntarily consent of my own free will to participate in the clinical research specified above.	
I understand that I can withdraw from this clinical research at any time without assigning any reason whatsoever and in such a situation shall not be denied the benefits of usual treatment by the attending doctors.	
Date:	Signature or Thumbprint <div style="text-align: center;"><i>(Patient)</i></div>
IN THE PRESENCE OF	
Name	
Identity Card No.	Signature <div style="text-align: center;"><i>(Witness for Signature of Patient)</i></div>
Designation	
I confirm that I have explained to the patient the nature and purpose of the above-mentioned clinical research.	
Date	Signature <div style="text-align: center;"><i>(Attending Doctor)</i></div>

CONSENT BY
PATIENT FOR CLINICAL
RESEARCH

RN:
Name:
Sex:
Unit:

KEIZINAN OLEH PESAKIT UNTUK PENYELIDIKAN KLINIKAL

Nombor Versi : 1.0

Tarikh Versi : 28/8/2025

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: Adolescent Idiopathic Scoliosis Postoperative Patient-Controlled Analgesia Randomised Ketamine-Morphine: A Pilot Double-Blind Trial (SPARK-M Study)

yang mana sifat dan tujuannya telah diterangkan kepada saya oleh Dr.....

(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.....

Tandatangan

.....

(Saksi untuk Tandatangan Pesakit)

Jawatan

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

Tarikh: Tandatangan

.....

(Doktor yang merawat)

KEIZINAN OLEH
PESAKIT
PENYELIDIKAN KLINIKAL

No. Pend.
Jantina
Umur
Unit