

## ASSENT BY ADOLESCENT PARTICIPANT FOR CLINICAL RESEARCH

Version No. : 2.0

Version Date : 01/02/2026

I, .....		Identity Card No.....	
(Name)			
of .....			
(Address)			
hereby agree to participate in the clinical research (clinical study) specified below:-			
<b><u>Title of Study:</u> 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).</b>			
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.			
My guardian and 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 to participate in this research specified above.			
I understand that I can withdraw from this clinical research at any time without assigning any reason whatsoever and in such situation, I shall not be denied the benefits of usual treatment by the attending doctors. I will have the right to remain in this research or may choose to withdraw.			
Date: .....		Signature or Thumbprint:.....	
IN THE PRESENCE OF			
1) GUARDIAN			
Name .....		Relationship .....	
Identity Card No. ....		Signature .....	
2) WITNESS			
Name .....		Designation .....	
Identity Card No. ....		Signature .....	

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

Date .....

Signature.....  
(*Attending Doctor*)

ASSENT BY ADOLESCENT  
PARTICIPANT FOR CLINICAL  
RESEARCH

R.N.  
Name  
Sex  
Age  
Unit

## BORANG PERSETUJUAN OLEH PESERTA REMAJA UNTUK PENYELIDIKAN KLINIKAL

Nombor Versi : 2.0

Tarikh Versi : 01/02/2026

Saya,..... Kad Pengenalan .....  
(Nama )

beralamat.....  
(Alamat)

dengan ini bersetuju supaya saya menyertai dalam penyelidikan klinikal (pengajian klinikal) seperti 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).**

di mana sifat dan tujuannya telah diterangkan kepada saya oleh Dr.....  
(Nama & Jawatan Doktor)

mengikut terjemahan ..... yang telah menterjemahkan kepada saya dengan  
(Nama & Jawatan Penterjemah)

sepenuh kemampuan dan kebolehannya di dalam bahasa / loghat.....

Saya dan waris telah diberitahu berkenaan 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 rela menyertai penyelidikan klinikal tersebut di atas.

Saya faham bahawa saya boleh menarik balik penyertaan 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. Sekiranya saya kembali berupaya untuk memberi keizinan, saya mempunyai hak untuk terus menyertai kajian ini atau memilih untuk menarik diri.

Tarikh: .....

Tandatangan/Cap Jari: .....

### DI HADAPAN

#### 1. Waris

Nama ..... Hubungan .....

No. K/P..... Tandatangan .....

#### 2. Saksi

Nama ..... jawatan .....

No. K/P..... Tandatangan .....

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

Tarikh: .....

Tandatangan .....  
(Doktor yang merawat)

BORANG PERSETUJUAN OLEH PESERTA REMAJA UNTUK PENYELIDIKAN	R.N. Nama Jantina Umur Unit	
---	---	--