



KEMENTERIAN KESIHATAN MALAYSIA
HOSPITAL TUANKU JA'AFAR SEREMBAN

**MEMO
JABATAN PATOLOGI**

Rujukan Kami : HTJS/3/JPM.1 Jld 30 [326]

Tarikh : 17/10/2024

KEPADA	Semua Ketua Jabatan/Unit/Wad	Salinan : 1. Pengarah HTJS 2. Timbalan Pengarah (Perubatan I) 3. Timbalan Pengarah (Perubatan II) 4. Timbalan Pengarah (Perubatan III) 5. Timbalan Pengarah (Pengurusan) 6. Fail
DARIPADA	Ketua Jabatan Patologi	
PERKARA	PROSEDUR PERMOHONAN CLINICAL POST MORTEM (CPM).	

Dengan hormatnya, perkara di atas adalah dirujuk.

2. Untuk makluman Yg Berbhg. Dato/Datin/Tuan/Puan, Jabatan Patologi telah menambahbaik proses kerja dalam permohonan *Clinical Post Mortem* (CPM) dan telah prosedur ini telah dipersetujui dalam Mesyuarat Prosedur CPM bersama Ketua Jabatan Forensik pada 31 Julai 2024.

3. Sehubungan dengan itu, disertakan carta alir bagi Prosedur Permohonan CPM seperti mana dilampirkan untuk rujukan semua pihak yang terlibat. Juga disertakan Borang Keizinan Bedah Siasat Klinikal yang akan digunakan sebagai *consent form* bagi tujuan tersebut.

4. Kami memohon kerjasama pihak Yg. Berbhg. Dato/Datin/Tuan/Puan untuk memanjangkan makluman ini kepada semua pihak wad/klinik yang terlibat untuk makluman dan tindakan selanjutnya.

Kerjasama dari pihak Yg. Berbhg. Dato/Datin/Tuan/Puan amatlah dihargai.

Sekian, terima kasih.

' MALAYSIA MADANI '

' BERKHIDMAT UNTUK NEGARA '

Saya yang menjalankan amanah,

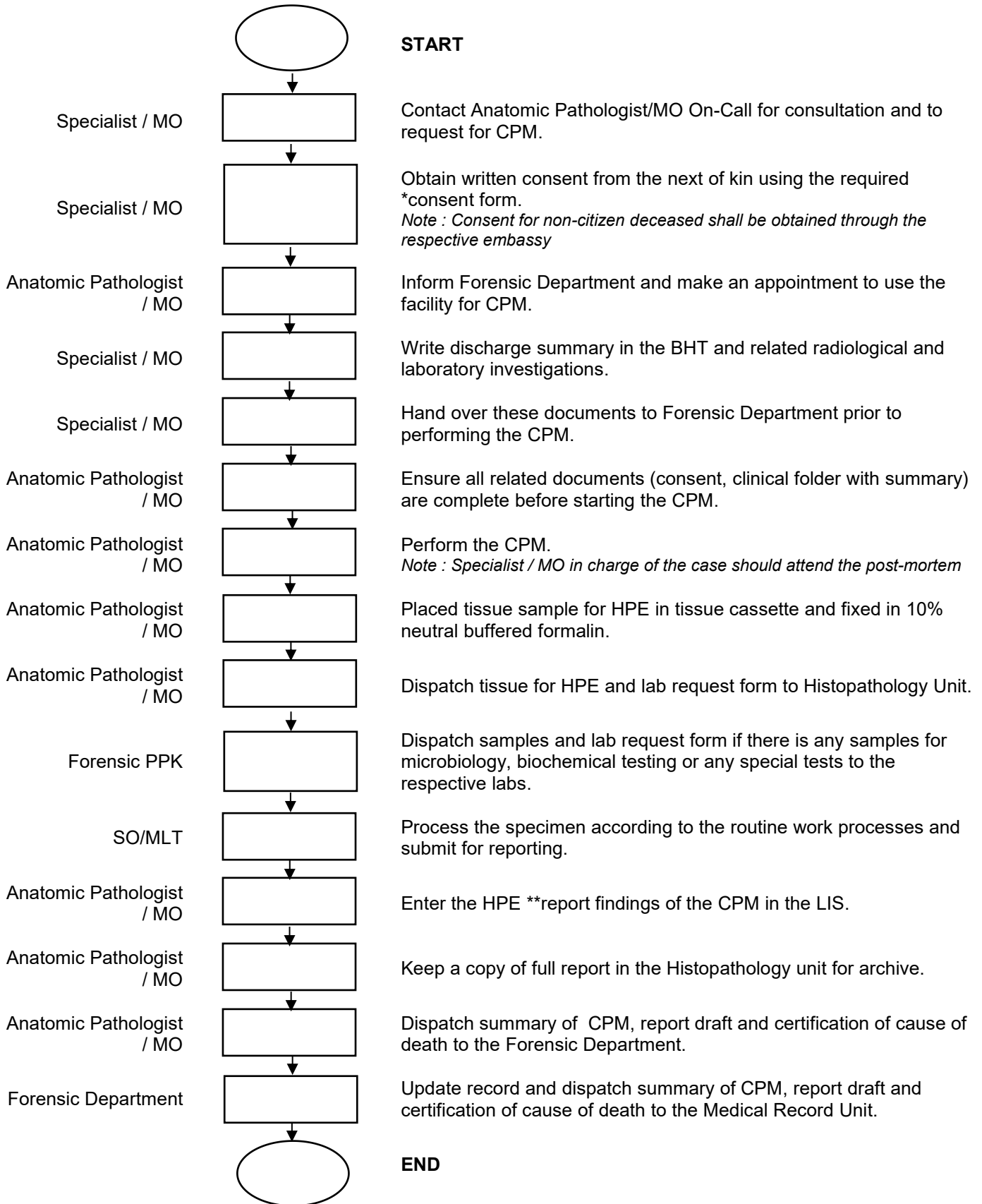
(DR NOOR HASNI BT SHAMSUDIN)

MPM No : 35800

CLINICAL POST MORTEM PROCEDURE

RESPONSIBILITY

WORK PROCESSES



Remarks:

*Consent form is available at Forensic Department, Histopathology Unit of Pathology Department and HTJ website (Online version of Lab User Manual)

**HPE report may issued according to LTAT of surgical tissue in Histopathology Unit while complete CPM report may issued within 3 months after the CPM being performed.



JABATAN PATOLOGI
HOSPITAL TUANKU JA'AFAR

HTJS/PK/PAT/HISTO/03/01
No. Keluaran : 01
No. Pindaan : 00
Tarikh Kkuatkuasa : 22.08.2024

**BORANG KEIZINAN BEDAH SIASAT KLINIKAL
(CLINICAL POST-MORTEM, CPM)**

Nama Si Mati	:	
No. K/P	:	
Umur	:	
Jantina	:	
Keturunan	:	
Agama	:	
Taraf perkahwinan	:	

No. Pendaftaran	:	
Wad/Unit	:	
Tarikh/masa masuk wad	:	
Tarikh/masa mati	:	

KEIZINAN BEDAH SIASAT KLINIKAL (CLINICAL POST-MORTEM)

Saya (waris)	:	
No. kad pengenalan	:	
Alamat	:	

Dengan ini memberi keizinan atau kebenaran bedah siasat klinikal dijalankan ke atas si mati

Nama si mati	:	
No. kad pengenalan	:	

**Saya faham bahawa pemeriksaan ini akan melibatkan bedah siasat menyeluruh.
Saya juga faham sebahagian daripada bahagian organ tertentu akan diambil jika perlu pemeriksaan lanjut.**

Keadaan dan tujuan bedah siasat telah diterangkan kepada saya oleh Pegawai Perubatan

Nama	:	
No. kad pengenalan	:	
Alamat	:	

	Waris:	Pakar / Pegawai Perubatan Yang Memohon CPM:	Saksi:
Tandatangan			
Nama			
No. K/P			
Hubungan dengan si mati			