

**KEIZINAN UNTUK PENYELIDIKAN  
FAKULTI PERGIGIAN, UM, K.L.**

Saya, ..... No. Kad Pengenalan .....

\*(Nama peserta/ ibu-bapa peserta/ penjaga)

beralamat.....

(Alamat)

dengan ini bersetuju menyertai penyelidikan seperti berikut:

**Tajuk penyelidikan:**

**Penilaian kebolehan retensi pengapan liang dan fisur melalui teknik 'self-etch' dan konvensional 'acid-etch': Kajian klinikal**

Sifat dan tujuan penyelidikan telah diterangkan kepada saya oleh .....

(Nama & Jawatan doktor)

dan diterjemahkan (jika perlu) oleh ..... dengan sepenuh kemampuan

(Nama & Jawatan)

dan kebolehannya didalam (*nyatakan bahasa/loghat*)..... Selepas mengetahui dan memahami semua kemungkinan kebaikan dan keburukan penyelidikan ini, saya merelakan/mengizinkan sendiri untuk menyertai penyelidikan ini.

Saya faham bahawa saya boleh menarik diri daripada penyelidikan ini pada bila-bila masa tanpa perlu memberi sebarang alasan.

Tandatangan .....

Tarikh .....

\*(Peserta/ ibu-bapa peserta/ penjaga)

**DI HADAPAN**

Nama .....

No. K/P .....

Jawatan .....

Tandatangan .....

Tarikh .....

\*(Saksi untuk tandatangan peserta/ ibu-bapa peserta/ penjaga)

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

Tandatangan .....

Tarikh .....

(Prof Dr Sabri Musa/Dr Yazeed Magbul )

\* **Potong mana yang tidak berkenaan**

**CONSENT FOR RESEARCH  
FACULTY OF DENTISTRY, UM, K.L.**

I, ..... Identity Card No .....  
\*(Name of participant/participant's parent/ guardian)  
of .....  
(Address)

hereby agree to take part in the research specified below :

**Title of Study:**

**Evaluating the pit and fissure sealant retention capabilities of self-etch and conventional acid-etch techniques: A clinical trial**

The nature and purpose of the research has been explained to me by .....  
(Name & designation of doctor)  
and interpreted (when necessary) by ..... to the best of his/her ability in  
(Name & designation)  
.....(specify language). After knowing and understanding all the possible advantages  
and disadvantages of this research, I voluntarily consent of my own free will to participate.

I understand that I can withdraw from this research at any time without assigning my reason whatsoever.

Signature ..... Date .....  
\*(Participant/participant's parent/ guardian)

**IN THE PRESENCE OF**

Name .....,  
I/C No. ...., Position .....  
Signature ..... Date .....  
\*(Witness for signature of participant/participant's parent/ guardian)

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

Signature ..... Date .....  
(Prof Dr Sabri Musa/Dr Yazeed Magbul)

\* **Delete where not applicable**