

Lampiran 1

Tabel 5. Formulir Tinjauan Reaksi Lokal BCG

Nama :
Umur :
Nama Wali :
Alamat :
No Telp. :
Berat Badan : gram (BBLR / BBLC)
Usia Kehamilan : minggu (Kurang bulan/Cukup bulan)
Pemberian ASI : (Eksklusif/ Tidak)
Proses Kelahiran : (Normal/ SC)

REAKSI LOKAL BCG MINGGU KE -					
2	4	6	8	10	12
YA / TIDAK	YA / TIDAK	YA / TIDAK	YA / TIDAK	YA / TIDAK	YA / TIDAK
KOMPLIKASI LAIN : ADA / TIDAK ADA					
JENIS KOMPLIKASI :					

Lampiran 2

PERSETUJUAN SEBAGAI SUBJEK PENELITIAN (*INFORMED CONSENT*)

Yang bertanda tangan di bawah ini, saya:

Nama Wali :

Alamat :

No. Telp :

Mewakili anak saya:

Nama :

Usia : Tahun

Menyatakan setuju menjadi subjek penelitian yang berjudul **“Perbedaan Proporsi Reaksi Lokal BCG Pasca Imunisasi BCG pada Bayi dengan Berat Lahir Rendah (BBLR) dan Bayi dengan Berat Lahir Cukup (BBLC)”** dan akan memberikan keterangan yang sebenarnya yang diperlukan dalam penelitian tersebut.

Saya sebagai wali telah dijelaskan bahwa keterangan yang diberikan akan dijaga kerahasiaannya dan hanya digunakan untuk keperluan penelitian, oleh karena itu saya mewakili anak saya secara sukarela mengikuti penelitian ini.

Sekian dan terimakasih.

Yogyakarta,

()