

# HASIL REKAM MEDIS PASIEN

## FORMULIR REKAM MEDIS UMUM (LEMBAR MASUK & KELUAR)

**RAHASIA**

Kamar / Kelas / No.TT :

|  |  |  |                |              |
|--|--|--|----------------|--------------|
| No. Rekam Medik :  | <b>DIRAWAT KE :</b>  |  |                |              |
| Nama Pasien :  | Sex : Laki-laki <input type="checkbox"/> Perempuan <input type="checkbox"/>  |  |                |              |
| Tanggal lahir :  | Umur :   | Agama :  |                |              |
| Status Perkawinan :  | <input type="checkbox"/> Kawin <input type="checkbox"/> Belum kawin <input type="checkbox"/> Janda <input type="checkbox"/> Duda <input type="checkbox"/> Dibawah umur |  |                |              |
| Pekerjaan :  | 1. Dr. .... Telp. ....   |  |                |              |
| Pendidikan terakhir :  | 2. Dr. .... Telp. ....   |  |                |              |
| Alamat :   | 3. Dr. .... Telp. ....   |  |                |              |
| No.Telp/HP :   | 4. Dr. .... Telp. ....   |  |                |              |
| Cara KB : IUD / Pil / Kondom / MOW / MOP / Lain  | 5. Dr. .... Telp. ....   |  |                |              |
| Nama Ayah / Ibu / Suami / Istri :  | 6. Dr. .... Telp. ....   |  |                |              |
| Penanggung Biaya :   | Cara MRS :   |  |                |              |
| Alamat :   | <input type="checkbox"/> Admission <input type="checkbox"/> UGD  |  |                |              |
| No.Telp/HP :   | <input type="checkbox"/> Klinik Spesialis <input type="checkbox"/> RS Lain   |  |                |              |
| Nama Keluarga terdekat :   | <input type="checkbox"/> Lain - lain :   |  |                |              |
| Alamat :   | Diagnosa masuk :   |  |                |              |
| No.Telp/HP :   |  |  |                |              |
| Tanggal MRS :  | Jam :  | <b>Riwayat alergi :</b> <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya : |                |              |
| Tanggal KRS :  | Jam :  |  |                |              |
| Lama dirawat :   | hari   |  |                |              |
| <b>Diagnosa Utama :</b>  |  |  | <b>ICD X</b>   |              |
| Komplikasi : 1.  |  |  |                |              |
| 2.   |  |  |                |              |
| Diagnosa sekunder : 1.   |  |  |                |              |
| 2.   |  |  |                |              |
| Penyebab cedera & keracunan / Morfologi Neoplasma :                                      |  |  |                |              |
| <b>Operasi / Tindakan :</b>  | Golongan Operasi   | Tgl. Operasi   | Jenis Anastesi | Kode Operasi |
|  |  |  |                |              |
| Infeksi Nosokomial :   | <input type="checkbox"/> Tidak <input type="checkbox"/> Ya, penyebab infeksi :   |  |                |              |
| Imunisasi :  | Pengobatan Radioterapi / Kedokteran Nuklir   |  |                |              |
| <input type="checkbox"/> BCG <input type="checkbox"/> DPT <input type="checkbox"/> Polio |  |  |                |              |
| <input type="checkbox"/> TET <input type="checkbox"/> DT <input type="checkbox"/> Campak |  |  |                |              |
| <input type="checkbox"/> Lain-lain :   |  |  |                |              |
| Imunisasi yang diperoleh selama dirawat :  | Transfusi darah : cc.  |  |                |              |
| Kadaan KRS :   | Cara KRS :   |  |                |              |
| <input type="checkbox"/> Sembuh <input type="checkbox"/> Meninggal < 48 jam              | <input type="checkbox"/> Di pulangkan <input type="checkbox"/> Lari  |  |                |              |
| <input type="checkbox"/> Membalik <input type="checkbox"/> Meninggal > 48 jam            | <input type="checkbox"/> Pulang paksa <input type="checkbox"/> Lain-lain :   |  |                |              |
| <input type="checkbox"/> Belum sembuh  | <input type="checkbox"/> Pindah rumah sakit lain   |  |                |              |
| Dokter yang merawat :  | Tanda tangan :   |  |                |              |