


PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan		dr. Abd. Rahmana SP06	
Pemberi Informasi / DPJP			
Pasien / Keluarga			
	Jenis Informasi	Isi Informasi	Tanda (V)
1.	Diagnosis (WD & DD)	GIPD 40 + 6 r yg skr + lupar di lala 1/5 (1/5)	
2.	Dasar Diagnosis	Anamnesis, pemeriksaan fisik + pemeriksaan	
3.	Tindakan Kedokteran	Induksi persalinan	
4.	Indikasi Tindakan	KPD > 24 jam	
5.	Tata Cara	Sesuai prosedur	
6.	Tujuan	Melahirkan bayi	
7.	Risiko	Gawat janin	
8.	Komplikasi	Perdarahan / asfiksia bayi	
9.	Prognosis	Buruk	
10.	Alternatif & Risiko	SSTP	
	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal diatas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi			tanda tangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf			tanda tangan 
* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat			

PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Saya yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : HADIJAH

Umur : 16 tahun 2007

Jenis kelamin : ~~laki-laki~~/ perempuan*,

Alamat : Teukumar 10

dengan ini menyatakan persetujuan untuk dilakukannya tindakan Induksi persalinan
terhadap saya/

saya* bernama _____, umur _____ tahun, laki-laki / perempuan*, alamat _____

Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan tersebut sebagaimana telah dijelaskan seperti di atas kepada saya, termasuk risiko dan komplikasi yang mungkin timbul.

Saya juga menyadari bahwa oleh karena ilmu kedokteran bukanlah ilmu pasti, maka keberhasilan tindakan kedokteran bukanlah keniscayaan, melainkan sangat bergantung kepada izin Tuhan Yang Maha Esa.

Makassar, 12-2-2024

Yang menyatakan *

Saksi:

~~Handwritten~~
(HADIJAH.)

(KUR KARMAN)