



PEMERINTAH KOTA MAKASSAR
RUMAH SAKIT UMUM DAERAH

Jl. Perintis Kemerdekaan Km. 18 0411-513127- 510016 Fax. 0411 587256 Makassar

PERSETUJUAN PENGGUNAAN DARAH DAN PRODUK DARAH

LABEL PASIEN

Nama Pasien :
Tgl. Lahir/Jenis Kel. :
No. RM :
Alamat :
NO. RM : 327860 P
WARNI
TGL LAHIR : 01-06-2007 15/02/2024 22.09
LINGKUNGAN BARUA

Ruang : KB
Tanggal : 15/2-2024
Jam : 23.00

(harap diisi atau menempelkan stiker bila)

PEMBERIAN INFORMASI

Dokter Pelaksana Tindakan

dr. H. A. Turai AG. di. 608

Pemberi informasi

Penerima Informasi/Pemberi
Persetujuan*

NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (V)
1	Diagnosis (WD & DD)	GIPORD + Gr 24-26 mg + Anemia Berat	
2	Dasar Diagnosis	Anemia pen-fitik, pen-pemajaan	
3	Tindakan Kedokteran	Transfusi darah	
4	Indikasi Tindakan	Anemia	
5	Tata Cara	Memasukkan darah melalui selang sesuai prosedur	
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif & Risiko		
	Lain-lain		

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan
hal-hal diatas secara benar, jelas dan memberikan
kesempatan untuk bertanya dan atau berdiskusi

Pemberi Informasi

(.....)
Tanda tangan dan Nama Terang
Pemberi Informasi

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima
informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda
/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya

(.....)
Tanda tangan dan Nama Terang