

# LEMBAR TRANSFER PASIEK EKSTERNAL

Nomor RM : 2024/09/27/000258  
NIK : RM : 169361 Tgl.Lhr : 22/09/2024  
Nama Pasien : ARSAKILA NAZWA AULIA (5  
Tanggal Lahir : NIK :  
Alamat : DUSUN WONOSARI RT 004 RW 002,  
NGESTI BOGA II, JAYALOKA, KAB.

RS Tujuan : RS KASIH IBU Nama petugas RS tujuan yang dihubungi : Waktu menghubungi:  
Tanggal : ..... Jam : .....

Alasan Transfer :  
☐ Ketidadaan fasilitas dan sarana ☒ Ketidadaan SDM ☐ Lainnya.....  
☐ Pemeriksaan Penunjang ☐ Permintaan Pasien/Keluarga

Waktu Transfer:  
Tanggal : ..... Jam : .....

Kategori Pasien Transfer:  
☐ Level 0 ☐ Level 1 ☐ Level 2 ☐ Level 3 ☒ BPJS ☐ Umum ☐ Lainnya.....

Jenis Ambulan :  
☐ Transportasi ☐ Gawat Darurat

## RINGKASAN KONDISI PASIEN

Diagnosis : ileus obstruktif  
- fsk peritonitis  
- fsk intusussepsi

Temuan penting (pemeriksaan fisik dan penunjang) selama pasien dirawat di RSUP Surakarta:

Abd : BU @ turun, distended @, hiperdrami @  
BNO 3 porsi : ileus obstruktif, fsk perforasi  
USG abd : fsk intusussepsi

## Prosedur / Operasi yang sudah dilakukan :

a. Pasang OET size 10 c. ....  
b. ileus 05 KNS 450 ml + D40% 35 ml + ca. Elucor 2 ml / d. 05 KNS 450 ml + D40% 35 ml + ca. Elucor 2 ml

## Alat-alat yang terpasangan tanggal pemasangan:

a. .... tgl 12/09/2024 c. .... tgl .....  
b. OET tgl 12/09/2024 d. .... tgl .....

## Obat-obatan yang diterima pasien saat ini :

a. .... e. ....  
b. .... f. ....  
c. .... g. ....  
d. .... h. ....

## Obat/ cairan yang dibawa pada saat transfer :

a. .... Jumlah ..... d. .... Jumlah .....  
b. .... Jumlah ..... e. .... Jumlah .....  
c. .... Jumlah ..... f. .... Jumlah .....

## Status Awal Pasien Saat Akan Ditransfer

Tgl: ..... Jam: ..... Kesadaran : ..... TD : ..... mmHg HR : ..... x/mnt RR: ..... x/mnt

## Status Pasien Selama Transfer

| Tanggal/Jam | Kesadaran | TD (mmHg) | HR (x/mnt) | RR (x/mnt) |
|-------------|-----------|-----------|------------|------------|
|             |           |           |            |            |
|             |           |           |            |            |
|             |           |           |            |            |
|             |           |           |            |            |
|             |           |           |            |            |

## Kejadian dan Tindakan Yang Dilakukan Selama Transfer :

## Kebutuhan Pelayanan Lebih Lanjut :

Pro dokter spesialis bedah anak

## SERAH TERIMA PASIEN

Waktu Serah Terima:  
Tanggal : 30/09/2024 Jam : .....  
Petugas yang menyerahkan : .....  
Petugas yang menerima : .....  
(.....Nama dan Tanda Tangan.....) (.....Nama dan Tanda Tangan.....)