



**Dharma  
Nugraha**

**RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA**  
**JL. BALAI PUSTAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN**  
**JAKATRA TIMUR TLP 4707433 S/D 37**

**LABEL IDENTITAS PASIEN**

## RUJUKAN PASIEN

FORMULIR PINDAH RUMAH SAKIT						No.RM						
Nama pasien :				Tgl lahir :		Umur :			Jenis kelamin : L / P			
Tgl masuk :		Tgl pindah :		Nama staf RS yang menyetujui penerimaan : _____ RS dan alamat yang dituju : _____ Tanggal / jam : _____								
Penanggung Pembayaran :						DPJP :						
<b>Transportasi :</b> <input type="checkbox"/> Ambulance Transport <input type="checkbox"/> Kendaraan RS/ pribadi <input type="checkbox"/> Ambulance Emergensi _____ <input type="checkbox"/> Lain – lain _____						<b>Pendamping :</b> <input type="checkbox"/> Dokter <input type="checkbox"/> Perawat <input type="checkbox"/> keluarga <input type="checkbox"/> Lain- lain _____ <b>Nama pendamping :</b> _____						
						<b>Alasan Pindah RS :</b> <input type="checkbox"/> Tempat penuh <input type="checkbox"/> Permintaan pasien <input type="checkbox"/> Fasilitas tidak ada						
						<b>ALERGI :</b> <input type="checkbox"/> Obat _____ <input type="checkbox"/> Makanan _____						
<b>TTV Saat Pindah :</b> kesadaran : <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Soporokoma <input type="checkbox"/> Koma Suhu : ____ ° C , Tekanan darah : _____ mmhg , Nadi : _____ X/mnt RR : _____ X/ mnt , Status nyeri skala : _____ , Risiko ; _____												
<b>INFORMASI MEDIS/RESUME KLINIS</b>												
Anamnesis ( Kondisi Pasien ):												
<b>Pemeriksaan Fisik:</b>												
<b>Pemeriksaan Penunjang/ Diagnostik:</b>												
<b>Terapi/ Pengobatan serta Hasil Konsultasi Selama di RS:</b>												
<b>Diagnosa Utama:</b>												
<b>Diagnosa Sekunder:</b>												
<b>Tindakan / Prosedur:</b>												
<b>Hasil Pemeriksaan Lab &amp; Penunjang :</b>												
<b>Diet :</b>												
<b>Rencana Perawatan selanjutnya care Plain</b>												

**Terapi Saat Pindah :**

Nama Obat	Jumlah	Dosis	Frekwensi	Cara Pemberian

**Perubahan Kondisi Pasien Dan Status Pasien**

Waktu							
Kesadaran							
Suhu							
Tekanan darah							
Saturasi oksigen							
Heart rate							
RR / suara nafas							
Nadi							
Akral							

**Resusitasi jika dibutuhkan**

Waktu kejadian : \_\_\_\_\_, Tempat kejadian , \_\_\_\_\_ -Penyebab \_\_\_\_\_

Penata laksanaan resusitasi : Dimulai pukul : \_\_\_\_\_, Resusitasi dilakukan oleh : \_\_\_\_\_

Penata laksanaan Resusitasi / pernafasan buatan melalui :

☐ Oksigen nasal ☐ Sungkup ☐ Baging ☐ Intubasi , ukuran ETT : \_\_\_\_\_ ☐ Menggunakan ventilator ☐ lain-lain \_\_\_\_\_

Keadaan pasien saat dilakukan serah terima: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ Pki \_\_\_\_\_  
Petugas Yang Menerima Alih Tanggung Jawab

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_  
Petugas Yang Merujuk / Menyerahkan Tanggung Jawab

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan Dan Nama Lengkap

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan Dan Nama Lengkap