



RS DHARMA NUGRAHA  
Jln Balai Pustaka Baru No. 19 Rawamangun

LABEL IDENTITAS

## 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 :

Transportasi :  
☐ Ambulance Transport ☐ Kendaraan RS/ pribadi  
☐ Ambulance Emergensi  
☐ Lain – lain

Pendamping : ☐ Dokter ☐ Perawat ☐ keluarga  
☐ Lain- lain  
Nama pendamping :

TTV Saat Pindah : kesadaran : ☐ CM ☐ Apatis ☐ Somnolen  
☐ Soporokoma ☐ Koma  
Suhu : ° C , Tekanan darah : mmhg , Nadi : X/mnt  
RR : X/ mnt , Status nyeri skala : , Risiko ;

Alasan Pindah RS :  
☐ Tempat penuh ☐ Permintaan pasien  
☐ Fasilitas tidak ada

ALERGI : ☐ Obat  
☐ Makanan

### INFORMASI MEDIS

Disabilitas Inkontinensia  
☐ Amputasi ☐ Blader  
☐ Paralisis ☐ Bowel  
☐ Kontraktur ☐ Saliva  
Cacat Pasien tahu diagnosa  
☐ Mental dan alasan pindah : ☐ Ya ☐ Tidak  
☐ Fisik  
☐

### RESUME KLINIS

Anamnesis ( Kondisi Pasien ) :

Pemeriksaan Fisik :

Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik :

Terapi/ Pengobatan serta Hasil Konsultasi Selama di RS :

Diagnosa Utama :

Diagnosa Sekunder :

Tindakan / Prosedur :

Kurangi 1 Kolom ( Naik Pemeriksaan Fisik ) :

Status Kemandirian		M	BB	TM
Aktifitas di TT	Berguling			
	Duduk			
Hygiene Pribadi	Wajah rambut tangan			
	Batang tubuh & perineum			
	Extremitas bawah			
	Kandung kemih			
	Program usus			
Berpakaian	Ektremitas atas			
	Batang tubuh			
	Extremitas bawah			
Cara memberi makan				
Transfer	Duduk			
	Berdiri			
	Mandi			
	Toilet			

M ( Mandiri ) BB ( Butuh Bantuan ) TM ( Tidak Mandiri )

Pemeriksaan / Perencanaan / Hasil

Hasil pemeriksaan penunjang yang belum selesai / dipending	
Diet	
Rencana perawatan selanjutnya <i>care plan</i>	

**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:** \_\_\_\_\_

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

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

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

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

Juli 2016, Keterangan : Rangkap 2 (Lembar 1. Arsip BRM, Lembar 2. RS Penerima Rujukan)