



Dharma  
Nugraha

RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA  
JL. BALAI PUSATAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN  
JAKARTA TIMUR TLP 4707433 S/D 37

RM 001/002/2023

11.75.55EZIO FARA AZZAM

26/09/2011

12 thn 1 bln 22 hari

dr. Sonny Wijanarko SpOT

Tgl

16/11/2023

231116-0001

JAMINAN, MANDIRI INHEALTH,

KELAS II

Lan, 309, 01

# FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN KEDOKTERAN

## DOKUMEN PEMBERIAN INFORMASI

Dokter pelaksana Tindakan		Dr. Sonny	
Pemberi informasi		Dr. Sonny	
Penerima Informasi		Mr. Farid (pasien)	
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDA (✓)
1	Diagnosis (WD&DD)	fraktur shaft radius ulna.	✓
2	Dasar Diagnosis	Anamnesis, Reflek Apengung	✓
3	Tindakan Kedokteran	Orif shaft Radius Ulna	✓
4	Indikasi tindakan	Displaced fracture	✓
5	Tata Cara	Operasi dengan pembiusan di OK.	✓
6	Tujuan	Mengurangi Nyeri, <del>Stabilisasi</del> Improve Union	✓
7	Risiko	Nyeri, Infeksi, Perdarahan, Malunion	✓
8	Komplikasi	Non Union, Neurologic deficit	✓
9	Prognosis	dubia	✓
10	Alternatif Risiko	sedang - tinggi	✓
11	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi			Nama dokter & TT dr. Sonny
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda / paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			Nama & TT pasien / kel M. Farid

\* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali / keluarga terdekat

## PERSETUJUAN TINDAKAN KEDOKTERAN

Yang bertanda tangan dibawah ini saya :

I. Nama : M. Farid

Hubungan dengan pasien : pasien sendiri / suami/istri/anak /ayah /ibu\*, lain-lain \_\_\_\_\_

Tgl lahir/ umur : 13-5-1984 / \_\_\_\_\_ tahun, jenis kelamin : Laki-laki / Perempuan \*

Alamat : Jl Gedung Raya 66 Ay no 28  
Pasangan timur

Dengan Ini Menyatakan persetujuan untuk dilakukan tindakan/ pengobatan \_\_\_\_\_

terhadap saya/ keluarga saya :

II. Nama Pasien : Am. Erio Fata , No. RM : 

1	1	7	5	5	5
---	---	---	---	---	---

Tanggal lahir/Umur : 26-9-2011 / 12 tahun, Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan \*

Alamat : Jl. Gedung Raya 66 Ay no 28A  
Pasangan timur


Saya memahami perlunya dan manfaat tindakan 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.


Hari Jumat , Tanggal 17 11 , 2023. Pukul 07.

Yang menyatakan \*

Saksi

  
( M. Farid )

  
( Dr. L. L. L. L. L. )

  
( \_\_\_\_\_ )

Rev. 2, Agustus 2020