



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JALAN BALAI PUSTAKA BARU NO. 19 RAWAMANGUN
JAKARTA TIMUR TLP, 4707433 S/D 37

LABEL IDENTITAS PASIEN

DAFTAR TILIK TRANSFER PASIEN OPERASI

Tgl, bulan tahun dan jam : ____, ____, ____, jam : ____ Transfer ke kamar operasi, dari _____

Tindakan/operasi : _____ Rencana operasi jam: _____

Spesialis Bedah : _____ Spesialis Anestesi : _____

Dokter anak : _____ Dokter asisten : _____

DAFTAR PERIKSA	✓	CATATAN
1. Benar pasien	<input type="checkbox"/>	
2. Puasa sesuai ketentuan	<input type="checkbox"/>	
3. Lepas gigi palsu bila ada	<input type="checkbox"/>	
4. Gelang identitas terpasang, lengkap, benar	<input type="checkbox"/>	
5. Edukasi nyeri pasca operasi	<input type="checkbox"/>	
6. Persetujuan tindakan/operasi	<input type="checkbox"/>	
7. Persetujuan anestesi	<input type="checkbox"/>	
8. Penandaan lokasi operasi (site marking)	<input type="checkbox"/>	
9. Asesmen bedah dan pra operasi lengkap	<input type="checkbox"/>	
10. Asesmen pra anestesi lengkap	<input type="checkbox"/>	
11. Hasil pemeriksaan penunjang/tindakan diagnostik:		
a. Laboratorium	<input type="checkbox"/>	
b. Radiologi/RIR	<input type="checkbox"/>	
12. Persiapan darah, termasuk persetujuan transfusi	<input type="checkbox"/>	
13. Stabilisasi kondisi pasien		
a. Saturasi O ₂	<input type="checkbox"/>	
b. Infus lancar sesuai dosis	<input type="checkbox"/>	
14. Hak privasi/nilai dan keyakinan pasien	<input type="checkbox"/>	
15. Staf pengantar sesuai kondisi pasien	<input type="checkbox"/>	
16. Formulir transfer terisi lengkap	<input type="checkbox"/>	
17. Barang milik pasien sudah aman	<input type="checkbox"/>	
18. Keluarga yang mengantar	<input type="checkbox"/>	
19. Kamar operasi sudah siap	<input type="checkbox"/>	

Pesan:

Tgl, bln, thn dan Jam transfer: ____/____/____, jam ____

Pelaksana yang mengisi daftar tilik:

Nama dan tanda tangan

Penerima pasien

Nama dan tanda tangan

(_____)

(_____)