



RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA
JL BALAI PUSTAKA BARU NO 19
RAWAMANGUN JAKARTA TIMUR
TELP 021.4707433, 4707435, 47074437

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 :				Pendamping : <input type="checkbox"/> Dokter <input type="checkbox"/> Perawat <input type="checkbox"/> keluarga <input type="checkbox"/> Lain- lain _____																																																																													
<input type="checkbox"/> Ambulance Transport <input type="checkbox"/> Kendaraan RS/ pribadi				Nama pendamping : _____																																																																													
<input type="checkbox"/> Ambulance Emergensi _____																																																																																	
<input type="checkbox"/> Lain – lain _____				Alasan Pindah RS :																																																																													
				<input type="checkbox"/> Tempat penuh <input type="checkbox"/> Permintaan pasien																																																																													
				<input type="checkbox"/> Fasilitas tidak ada																																																																													
TTV Saat Pindah : kesadaran : <input type="checkbox"/> CM <input type="checkbox"/> Apatis <input type="checkbox"/> Somnolen <input type="checkbox"/> Soporokoma <input type="checkbox"/> Koma				ALERGI : <input type="checkbox"/> Obat _____																																																																													
Suhu : ____ °C , Tekanan darah : ____ mmhg , Nadi : ____ X/mnt				<input type="checkbox"/> Makanan _____																																																																													
RR : ____ X/ mnt , Status nyeri skala : _____ , Risiko ; _____																																																																																	
INFORMASI MEDIS				RESUME KLINIS																																																																													
Disabilitas Inkontinensia				Anamnesis (Kondisi Pasien) :																																																																													
<input type="checkbox"/> Amputasi <input type="checkbox"/> Blader				_____																																																																													
<input type="checkbox"/> Paralisis <input type="checkbox"/> Bowel				_____																																																																													
<input type="checkbox"/> Kontraktur <input type="checkbox"/> Saliva				Pemeriksaan Fisik :																																																																													
Cacat Pasien tahu diagnosa				_____																																																																													
<input type="checkbox"/> Mental dan alasan pindah : <input type="checkbox"/> Ya <input type="checkbox"/> Tidak				Pemeriksaan Penunjang / Diagnostik :																																																																													
<input type="checkbox"/> Fisik				_____																																																																													
<input type="checkbox"/> _____				_____																																																																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Status Kemandirian</th> <th>M</th> <th>BB</th> <th>TM</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td rowspan="2">Aktifitas di TT</td> <td>Berguling</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Duduk</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="5">Hygiene Pribadi</td> <td>Wajah rambut tangan</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Batang tubuh & perineum</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extremitas bawah</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Kandung kemih</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Program usus</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="3">Berpakaian</td> <td>Ektremitas atas</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Batang tubuh</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Extremitas bawah</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cara memberi makan</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td rowspan="4">Transfer</td> <td>Duduk</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Berdiri</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mandi</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Toilet</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				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				Terapi/ Pengobatan serta Hasil Konsultasi Selama di RS :							
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																																																																																

				Diagnosa Utama : _____																																																																													
				Diagnosa Sekunder : _____																																																																													
				Tindakan / Prosedur : _____																																																																													

				Kebutuhan fasilitas pelayanan pasien																																																																													
				<input type="checkbox"/> ICU/ prlu ventilator <input type="checkbox"/> pemeriksaan penunjang khusus <input type="checkbox"/> uit luka bakar <input type="checkbox"/> ruang isolasi <input type="checkbox"/> lain-lain																																																																													

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)