

RM.....

 <p>RUMAH SAKIT DHARMA NUGRAHA JL BALAI PUSTAKA BARU NO 19 RAWAMANGUN JAKARTA TIMUR TELP 021.4707433, 4707435,47074437</p>	LABEL IDENTITAS
---	-----------------

### TRANSFER PASIEN ANTAR RUANGAN/INSTALASI RUMAH SAKIT

Tanggal Masuk RS : \_\_\_\_\_ Pkl: \_\_\_\_\_

Tanggal Pindah : \_\_\_\_\_ Pkl: \_\_\_\_\_

Dari Ruang : \_\_\_\_\_ Ke Ruang: \_\_\_\_\_, Prioritas : I, II, III

Riwayat alergi obat/ makanan dll: \_\_\_\_\_

Alasan transfer : \_\_\_\_\_

1. Alasan admisi : \_\_\_\_\_

2. Temuan signifikan : \_\_\_\_\_

3. Diagnosis : \_\_\_\_\_

4. Prosedur yang telah dilakukan termasuk tindakan dan pemeriksaan penunjang : \_\_\_\_\_

1. Terapi /Obat yang telah diberikan :

No	Nama Obat/ Cairan Infus	Sediaan	Tgl/Pkl Mulai	Dosis & Frekwensi	Rute/Pemberian

5. Perawatan lain yang diterima pasien : \_\_\_\_\_

6. Kondisi pasien saat transfer :

Keadaan Umum: \_\_\_\_\_, GCS: \_\_\_\_\_, TD: \_\_\_\_\_ mmhg, Nadi: \_\_\_\_\_ X/mnt, RR: \_\_\_\_\_ x/mnt, Suhu: \_\_\_\_\_ °C

TFU: \_\_\_\_\_, Kontraksi: \_\_\_\_\_, DJA: \_\_\_\_\_ X/mnt, Perdarahan: \_\_\_\_\_ (**Khusus Pasien Kebidanan**)

7. Diet : \_\_\_\_\_, Mobilisasi: \_\_\_\_\_

8. Pesanan khusus Risiko : ☐ Decubitus ☐ Nyeri ☐ Jatuh ☐ Alergi ☐ Phlebitis ☐ Lain-lain \_\_\_\_\_

9. Penggunaan alat : ☐ NGT ☐ Folley catheter ☐ Chest Tube + WSD (**Khusus Pasien Trauma**)

10. Alat transport : ☐ Brankar ☐ Inkubator + Suhu: \_\_\_\_\_ °C ☐ Lain-lain: \_\_\_\_\_ (**Khusus Pasien Neonatus**)

☐ Brankar dengan dasar keras ☐ Traksi ☐ Immobilisasi (**Khusus Pasien Trauma**)

11. **Kategori pasien dan pendamping transfer :**

<b>Derajat Pasien</b>	<b>Nama Petugas Pendamping</b>
Derajat 0	
Derajat 0.5	
Derajat 1	
Derajat 2	
Derajat 3	

12. **Kondisi pasien saat tiba di ruangan tujuan:**

Keadaan Umum: \_\_\_\_\_, Kesadaran : \_\_\_\_\_ GCS: \_\_\_\_\_, TD: \_\_\_\_\_ mmhg,

Nadi: \_\_\_\_\_ X/mnt RR: \_\_\_\_\_ x/ mnt, Suhu: \_\_\_\_\_ °C

TFU: \_\_\_\_\_, Kontraksi: \_\_\_\_\_, DJA: \_\_\_\_\_ X/mnt, Perdarahan: \_\_\_\_\_ (**Khusus Pasien Kebidanan**)

dr.IGD / dr. Ruangan/ DPJP pemberi keputusan

Perawat Yang Memindahkan

Perawat Yang Menerima

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan & Nama

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan & Nama

\_\_\_\_\_  
Tanda Tangan & Nama