



NO RM

LABEL IDENTITAS PASIEN

Kriteria pasien boleh mengajukan cuti perawatan

- ☐ Pasien merupakan pasien di ruang perawatan biasa
- ☐ Pasien bukan merupakan pasien post operasi hari pertama
- ☐ Kondisi klinis pasien baik dan stabil (tanda vital baik, hasil penunjang tidak ada nilai kritis)
- ☐ Pasien dapat melakukan mobilisasi mandiri
- ☐ Pasien tidak menggunakan alat bantu/ alat medis (ventilator, WSD, drainage dll)
- ☐ Pasien dapat diberikan obat-obatan oral untuk sementara

(diisi oleh DPJP/dokter ruangan, hanya pasien yang memenuhi kriteria yang boleh mengajukan cuti perawatan)

PERMOHONAN IZIN / CUTI PERAWATAN

Yang bertandatangan di bawah ini :

Nama : _____, Tanggal Lahir : _____

No. Tlp : _____

Alamat : _____

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

Dengan ini meminta kepada pihak Rumah Sakit untuk mengizinkan **pulang sementara/ cuti perawatan** kepada pasien:

Nama Pasien : _____ Tgl Lahir : _____ No RM :

Diagnosis : _____

Ruang / Kelas Perawatan : _____

Alasan Kepentingan: _____

Waktu : ____ (____) hari; Tanggal _____ Pukul ____ s/d Tanggal _____ Pukul ____

Selama berada di luar Rumah Sakit beralamat di: _____

Selama berada di luar Rumah Sakit yang bertanggung jawab terhadap pasien adalah :

NO RM

Nama : _____

No. KTP / SIM / Pasport : _____

Hubungan dengan pasien : _____

Alamat : _____

No Telepon yg bisa dihubungi : _____

Saya yang bertandatangan di bawah ini telah mendapat penjelasan dari dokter tentang:

- ☐ Konsekuensi dari keputusan saya
- ☐ Tanggung jawab saya dengan keputusan tersebut
- ☐ Obat-obatan dan perawatan yang harus dilakukan selama cuti perawatan
- ☐ Nomor emergency RS yang dapat dihubungi: _____
- ☐ _____
- ☐ _____
- ☐ _____

Maka saya tidak akan menuntut pihak Rumah Sakit atau siapapun juga akibat dari keputusan saya.

Dokter Yang Menerangkan

Saksi

_____, _____
Yang Membuat Pernyataan

(_____)

(_____)

(_____)