

SURAT PENGANTAR RUJUKAN

1. Dr.
2. Akan Dirawat Sendiri



RUMAH SAKIT KARTIKA PULOMAS

Jl. Pulo Mas Timur K No. 2
Jakarta Timur 13210
Telepon : 470 3333 (Hunting)
Fax : 4723402

Mohon perawatan selanjutnya untuk pasien berikut

Nama : _____
Umur : _____
Jenis Kelamin : _____
Diagnosa : _____

Pengobatan / perawatan yang telah diberikan :

pengobatan / perawatan yang

Informasi tambahan lainnya :

Informasi tambahan lainnya

Jakarta,
Terima kasih
Salam Sejahtera

Yang menerima,

*) Pilih salah satu dirujuk ke Dr. Spesialis/Dr. IGD RS. KARTIKA PULOMAS atau dirawat sendiri.

Rujuk dari _____
 Nama Dokter _____
 Alamat Praktek _____
 No. Telp./Fax _____



**Dharma
Nugraha**

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

LABEL IDENTITAS PASIEN

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"/> Ambulance Transport <input type="checkbox"/> Kendaraan RS/ pribadi				<input type="checkbox"/> Lain- lain _____					
<input type="checkbox"/> Ambulance Emergensi _____				Nama pendamping : _____					
<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				ALERGI : <input type="checkbox"/> Obat _____					
<input type="checkbox"/> Soporokoma <input type="checkbox"/> Koma				<input type="checkbox"/> Makanan _____					
Suhu : ____ ° C, Tekanan darah : ____ mmhg, Nadi : ____ X/mnt									
RR : ____ X/ mnt, Status nyeri skala : ____ , Risiko : ____									
INFORMASI MEDIS/RESUME KLINIS									
Anamnesis (Kondisi Pasien) :									
Pemeriksaan Fisik:									
Pemeriksaan Penunjang/ Diagnostik:									
Terapi/ Pengobatan serta Hasil Konsultasi Selama di RS:									
Diagnosa Utama:									
Diagnosa Sekunder:									
Tindakan / Prosedur:									
Hasil Pemeriksaan Lab & Penunjang :									
Diet :									
Rencana Perawatan selanjutnya care Plain									

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:** __________, _____ Pki _____
Petugas Yang Menerima Alih Tanggung Jawab_____, _____
Petugas Yang Merujuk / Menyerahkan Tanggung Jawab_____
Tanda Tangan Dan Nama Lengkap_____
Tanda Tangan Dan Nama Lengkap