



**Dharma
Nugraha**

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

LABEL IDENTITAS PASIEN

FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN KEDOKTERAN

DOKUMEN PEMBERIAN INFORMASI

Dokter pelaksana Tindakan			
Pemberi informasi			
Penerima Informasi			
NO	JENIS INFORMASI	ISI INFORMASI	TANDAI (✓)
1	Diagnosis (WD&DD)		
2	Dasar Diagnosis		
3	Tindakan Kedokteran		
4	Indikasi tindakan		
5	Tata Cara		
6	Tujuan		
7	Risiko		
8	Komplikasi		
9	Prognosis		
10	Alternatif Risiko		
11	Lain-lain		
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jujur dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan / atau berdiskusi			Nama dokter & TT
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda / paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya			Nama & TT pasien/ kel

* Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali / keluarga terdekat



PERSETUJUAN UMUM TINDAKAN KEDOKTERAN

1. PERSETUJUAN ASUHAN KESEHATAN.

- Saya menyadaribahwa tindakan kedokteran adalah berisiko, meliputi tindakan medis berupa preventif, diagnostik, terapeutik atau rehabilitatif yang dilakukan oleh dokter atau dokter gigi terhadap Pasien.
- Saya menyetujui segala pelayanan medis di RS sebagaimana sesuai dengan keadaan medis saya selama mendapatkan pelayanan medis di RS
- Saya dengan ini memberikan persetujuan (**kecuali yang membutuhkan persetujuan khusus/tertulis**) dengan tidak dapat ditarik kembali kepada RS, dalam memberikan pelayanan medis, pemeriksaan fisik, yang dapat dilakukan oleh dokter atau perawat, dan melakukan prosedur diagnostik, atau terapi dan tatalaksana sesuai pertimbangan dokter yang diperlukan atau disarankan pada pelayanan medis untuk saya. Mencakup seluruh pemeriksaan dan prosedur diagnostik rutin, termasuk namun tidak terbatas pada x-ray, pemberian dan atau tindakan kedokteran serta penyuntikan (intramuskular, intravena dan prosedur invasif lainnya) produk farmasi dan obat-obatan, pemasangan alat medis, dan pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium/ pemeriksaan patologi yang dibutuhkan untuk pelayanan medis saya.
- Saya mempercayakan kepada semua tenaga kesehatan rumah sakit untuk memberikan perawatan, diagnostik dan terapi kepada saya/ keluargaya sebagai pasien rawat inap atau rawat jalan atau Instalasi Gawat Darurat (IGD), termasuk semua pemeriksaan penunjang, yang dibutuhkan untuk pengobatan dan tindakan yang diperlukan.

2. KEJADIAN TIDAK TERDUGA/DIHARAPKAN.

- Saya mengerti dan menyadaribahwa dalam tindakan kedokteran dapat terjadi adanya kejadian tidak terduga/diharapkan (unanticipated outcome) yang dapat merupakan efek samping dari tindakan kedokteran yang tidak dapat diduga sebelumnya (termasuk antara lain, namun tidak terbatas pada Steven Johnson Syndrome dan syok anafilaktik).
- Saya mengerti bahwa hasil suhuan dan pengobatan termasuk kejadian yang tidak terduga/diharapkan akan diberitahukan kepada saya dan keluarga oleh Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP)

SAYA TELAH DIJELASKAN, MEMBACA, MEMAHAMI, dan SEPENUHNYA SETUJU terhadap pernyataan tersebut di atas.

Jakarta, _____, _____, 20__

Yang menjelaskan nama & TT Pasien/ Penanggung Jawab Nama & TT

(.....)

(.....)