



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288075
Nama Lengkap : Elis Dida Junica
Unit/Divisi/Komite : URS
No. Telepon/Ext : 2113 / 1101
E-mail : Farit.Rawat-Salan@rsintakhurada.com

Tanggal : 30 / 09 / 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : FORMULIR PERMINTAAN PENERIKSAAN ATAU TUNDAAN
No/Kode Formulir : 018 / FPM / RSCH / IX / 2022 (Rev. 00)
No/Kode RM** : 7.13 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : 1 Revisi ke : 01

Logistik Formulir
(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0
Buffer stock : 10
Proses PO : 22/09/2022
Waktu :

Paraf

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Sweeping formulir dan pergantian no. RM

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

no. RM dan judul

Tanda Tangan
Pemohon,

Elis Dida Junica, A.Md.Kep
RS/140/RS/SP2.277/01/2022

Tanda Tangan
Penerima,

21/11/22
Farit Rani

Masukan/Saran

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)


Logistik		Tanda Tangan	
1/2 F4 1 ply			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Pengesahan			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		ACC	an Dr Bep n
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Persantunan rumah RM 1/2 F4	 Accus	ditinjau langsung sesuai dengan perubahan no. RM	 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC		ACC	dr. Muhammad Hasan, M.Kes NIP. 21110-03633

*Catatan : Wajib Melampirkan Draft

** Khusus untuk Formulir Rekam Medis

001/F/SEKRE/RSIH/IX/2022(Rev.01)

RUMAH SAKIT



INTAN HUSADA

Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama

:

Tanggal lahir

:

(L/W)*

No RM

:

Ruangan/Kelas

:

DPJP

:

Penjamin

:

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

PERMINTAAN PEMERIKSAAN / TINDAKAN

Keterangan Klinik

:

Pemeriksaan Internal

Treadmill

Spirometri

Nebulizer

Pemeriksaan Eksternal

EEG

Garut,


20....

Dokter yang memeriksa

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan

RUMAH SAKIT



INTAN HUSADA

Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama

:

Tanggal lahir

:

(L/W)*

No RM

:

Ruangan/Kelas

:

DPJP

:

Penjamin

:

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

PERMINTAAN PEMERIKSAAN / TINDAKAN

Keterangan Klinik

:

Pemeriksaan Internal

Treadmill

Spirometri

Nebulizer

Pemeriksaan Eksternal

EEG

Garut,

20....

Dokter yang memeriksa

(.....)

Nama Jelas dan Tanda Tangan



**TATA CARA PENGISIAN FORMULIR
PERMINTAAN PEMERIKSAAN / TINDAKAN
018/F/RM/RSIH/IX/2020 (Rev.01)**

1. PENGERTIAN

Formulir permintaan pemeriksaan / tindakan adalah berkas yang berisikan identitas pasien, keterangan klinik pasien dan jenis pemeriksaan yang ingin dilakukan terhadap pasien.

2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi mengenai pemeriksaan atau tindakan apa saja yang ingin dilakukan kepada pasien.

3. KEGUNAAN

Sebagai form untuk meminta pemeriksaan atau tindakan. Form dapat digunakan untuk permintaan pemeriksaan / tindakan di dalam Rumah Sakit Intan Husada maupun untuk ke luar Rumah Sakit Intan Husada.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Semua dokter pasien rawat jalan dan rawat inap.
- b. Form permintaan pemeriksaan / tindakan disediakan oleh bagian logistik umum Rumah Sakit Intan Husada dan dapat diminta melalui permintaan barang oleh unit rawat jalan dan rawat inap Rumah Sakit Intan Husada.

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form Permintaan pemeriksaan / tindakan diisi oleh dokter yang meminta pemeriksaan/ tindakan.
- b. Pengisian Identitas pasien dapat dilakukan oleh perawat atau dokter yang meminta pemeriksaan/tindakan pasien.

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Nama	Diisi nama lengkap pasien atau ditempel stiker identitas pasien	Perawat/ Dokter
Tanggal Lahir	Diisi tanggal lahir pasien	Perawat/ Dokter
L/W	Lingkari sesuai dengan jenis kelamin pasien	Perawat/ Dokter
Nomor RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Dokter
Ruangan/ Kelas	Diisi ruangan atau kelas pasien dilakukan pemeriksaan	Perawat/ Dokter
DPJP	Diisi nama Dokter Penanggung Jawab Pelayanan	Perawat/ Dokter
Penjamin	Diisi penjaminan pasien berobat	Perawat/ Dokter
Keterangan Klinik	Diisi dengan keterangan klinik pasien saat itu.	Dokter
Pemeriksaan Internal	Berilah tanda ceklist ✓ pada jenis pemeriksaan atau tindakan yang diinginkan.	Dokter
Pemeriksaan Eksternal	Berilah tanda ceklist ✓ pada jenis pemeriksaan atau tindakan yang diinginkan.	Dokter
Tanggal	Diisi dengan tanggal permintaan pemeriksaan/ tindakan	Dokter

Dokter yang memeriksa	Diisi dengan tanda tangan dan nama jelas dokter yang meminta pemeriksaan /tindakan	Dokter
-----------------------	--	--------