

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 19100285045
 Nama Lengkap : Uq Juntawan
 Unit/Divisi/Komite : Kamer Operasi
 No. Telepon/Ext : 1201
 E-mail : (uq.juntawan.2512@gmail.com)

Tanggal : 30-09-2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☐ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 044/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev-01)
 No/Kode RM : 4.8 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 5
 Buffer stock : 5
 Proses PO : 2 minggu
 Waktu :

Paraf
a.n

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir : (Jenis Terang Jaringan)
 (data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 perubahan No Rm

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 Kertas F4 dibagi 2 (1/2 F4)

Tanda Tangan
Pemohon,

Uq Juntawan

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069


Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
1/2 F4 1 ply		an	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc, Revisi minor dokumen. Cetakan seperti yg sebelumnya ganti No. RM & kode form		Depi Rasyanty NIP. 14090287016	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Acc Rensi		Rani Setia Utami	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesejahteraan	Tanda Tangan
Pengantar No RM	Haniy Accas	No Form disesuaikan	Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc	Rani Setia Utami	AC	dr. Muhammad Hasan, WAR NIP. 21110183653

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00)

	Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)	
	Nama	:
	Tanggal Lahir	: (L / W)
	No. RM	: <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>
	Ruangan/Kelas	: /
	DPJP	:
	Penjamin	:
	Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini	
	Tanggal Penyerahan Jaringan :	
	Jam :	
Yang bertanda tangan dibawah ini :		
Nama	:	
Umur	:	
Jenis Kelamin	: Laki-laki / Perempuan	
Alamat	:	
Hubungan dengan pasien	:	
Telah menerima paket jaringan berupa :		
Nama Pasien	:	
Umur	:	
No. Rekam Medis	:	
Yang menyerahkan,	Garut, / 20.....	
	Yang menerima,	
(.....)	(.....)	
Tandatangan dan Nama Jelas	Tandatangan dan Nama Jelas	

FORMULIR SERAH TERIMA JARINGAN



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR SERAH TERIMA JARINGAN
044/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.01)**

1. PENGERTIAN

Formulir serah terima jaringan adalah berkas berisikan informasi serah terima jaringan yang tidak di PA kan dan diberikan kepada pasien atau keluarga pasien yang dilakukan tindakan medis.

2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi terkait jaringan yang diberikan kepada pasien/ keluarga.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan sebagai bukti bahwa jaringan sudah berada di pihak pasien / keluarga.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Perawat penanggung jawab kamar operasi
- b. Distribusi Form serah terima jaringan akan diberikan kepada unit pelayanan yang memberikan tindakan medik kedokteran (kamar operasi)

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form Pemberian Informasi diisi oleh perawat dan keluarga pasien
- b. Pengisian Identitas pasien Form laporan kuretase diisi oleh Perawat atau Petugas Kesehatan lainnya atau ditempel dengan stiker label pasien

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
Nama	Diisi nama Lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir, L/W dipilih salah satu yang sesuai	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
DPJP	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Pemberian Informasi		
Tanggal Penyerahan Jaringan	Diisi tanggal Penyerahan Jaringan yang tidak di PA kan ketika serah terima jaringan dengan keluarga pasien	Pasien/ keluarga pasien
jam	Diisi jam ketika serah terima jaringan dengan keluarga pasien	Pasien/ keluarga pasien
nama	Diisi nama keluarga pasien yang menerima jaringan	Pasien/ keluarga pasien
umur	Diisi umur keluarga pasien yang menerima jaringan	Pasien/ keluarga pasien
Jenis kelamin	Diisi jenis kelamin keluarga pasien yang menerima jaringan	Pasien/ keluarga pasien
alamat	Diisi alamat keluarga pasien yang menerima jaringan	Pasien/ keluarga pasien

Hubungan dengan pasien	Diisi hubungan keluarga pasien yang menerima jaringan dengan pasien yang dilakukan tindakan medis	Pasien/ keluarga pasien
Nama pasien	Diisi nama pasien yang dilakukan tindakan medis	Pasien/ keluarga pasien
umur	Diisi umur pasien yang dilakukan tindakan medis	Pasien/ keluarga pasien
No rekam medis	Diisi no rekam medis pasien yang dilakukan tindakan medis	Pasien/ keluarga pasien
Tanda tangan	Diisi nama jelas dan tanda tangan petugas yang menyerahkan jaringan	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
	Diisi nama jelas dan tanda tangan penerima jaringan	Pasien/ keluarga pasien



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama :
 Tanggal Lahir : (L / P) *
 No. RM : - -
 Ruangan/Kelas : /
 Dokter yang merawat :
 Penjamin :

Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

FORMULIR SERAH TERIMA JARINGAN

Hari dan tanggal :
 Jam :
 Yang bertanda tangan dibawah ini :
 Nama :
 Umur :
 Jenis Kelamin : Laki-laki / Perempuan *)
 Alamat :
 Hubungan dengan pasien :

Telah menerima paket jaringn berupa :

Nama Pasien :
 Umur :
 No. Rekam Medis :

Garut,.....

Yang menyerahkan,

Yang menerima,

(.....)
 Nama Jelas dan Tanda Tangan

(.....)
 Nama Jelas dan Tanda Tangan

*)Coret yang tidak perlu