

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 1509019356
 Nama Lengkap : Acceng Hilman H
 Unit/Divisi/Komite : Rekam Medis
 No. Telepon/Ext : 1205
 E-mail :

Tanggal : 10 / 11 / 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☒ Buat Baru ☐ Revisi ☐ Penghapusan
 Judul Formulir : Pemberian Informasi & Arsip/ajuan umum
 No/Kode Formulir : 138/F/RM/RSIH/XI/2022
 No/Kode RM** : 1.2.1 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : - Revisi ke- : 0

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama : *	
Buffer stock : -	
Proses PO : -	
Waktu : -	
Paraf	
	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

menunjang kebutuhan akreditasi

Komponen Perubahan

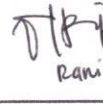
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

disesuaikan dgn akreditasi

Tanda Tangan
Pemohon,



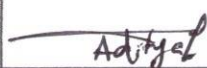
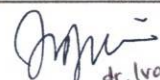
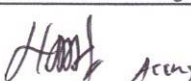
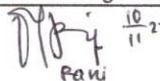


Tanda Tangan
Penerima,



10/11/22

Masukan/Saran


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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 2 ply NCR			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Dilaksanakan . Revisi minor nama peng dan TTD kedua belah pihak			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
disesuaikan dgn kebutuhan akreditasi	 10/11/22	Ditandatangani	 10/11/22
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC		ACC	

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



Identitas Pasien *(Diisi oleh Petugas Pendaftaran)*

Nama :

Tanggal Lahir : (L / W)*

No. RM : - -

Ruangan/ Kelas :

DPJP :

Penjamin :

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

**FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI DAN PERSETUJUAN UMUM
(GENERAL CONSENT) PASIEN COVID-19
UNTUK MENERIMA PELAYANAN KESEHATAN**

Saya yang bertanda tangan dibawah ini :

Nama :

Alamat :

No. Telepon :

Hubungan dengan pasien : ☐ Diri Sendiri ☐ Suami ☐ Istri ☐ Anak ☐ Orang Tua Kandung ☐ Keluarga :

Dengan ini telah mendapatkan informasi oleh petugas sebagai berikut :

1. Saya telah mendapatkan informasi tentang Hak dan Kewajiban Pasien beserta peraturan yang berlaku di RS Intan Husada, yang dijelaskan oleh petugas dan saya memahami, menerima dan menyetujuinya.

2. Saya menyetujui dan memberi kuasa kepada RS Intan Husada, Dokter, Perawat dan petugas kesehatan lainnya untuk memberikan asuhan pasien seperti dilakukannya tindakan atau prosedur diagnostik sebagai berikut : pemeriksaan Radiologi, Pengambilan darah untuk pemeriksaan laboratorium, pemasangan alat kesehatan, Penyuntikan Obat-obatan dan produk Farmasi lainnya, termasuk konsultasi medis apabila diperlukan, yang bertujuan untuk tata laksana pasien secara optimal sesuai dengan Keputusan Menteri Kesehatan Republik Indonesia HK.01.07/MENKES/413/2020 Tentang Pedoman Pencegahan dan Pengendalian Corona Virus Disease 2019 (COVID-19).

3. Saya menyetujui selama pasien dirawat inap tidak boleh di jenguk dan didampingi oleh keluarga didalam ruang perawatan.

4. Saya memberikan wewenang kepada RS Intan Husada untuk memenuhi kebutuhan sesuai kondisi kesehatan saya termasuk merujuk ke rumah sakit lain apabila dibutuhkan.

5. Saya memahami bahwa rumah sakit bertanggung jawab terhadap proses pelayanan sehingga saya atau keluarga saya tidak di perkenankan membawa makanan, minuman, obat-obatan serta suplemen tanpa seijin dari DPJP.

6. Saya memahami informasi yang ada didalam diri/keluarga saya, termasuk diagnostik hasil laboratorium dan hasil pemeriksaan penunjang yang akan digunakan untuk perawatan medis dan akan dijamin kerahasiannya oleh rumah sakit kecuali untuk kepentingan perawatan dan pengobatan serta pelaporan..

7. Saya memberikan wewenang kepada RS Intan Husada untuk memberikan data dan informasi kesehatan saya kepada keluarga terdekat saya, yaitu :

a. No. Telepon/HP Hubungan :

b. No. Telepon/HP Hubungan :

c. No. Telepon/HP Hubungan :

8. Saya telah memahami bahwa RS Intan Husada tidak bertanggung jawab atas semua kehilangan barang-barang milik saya/ keluarga saya. Saya/keluarga saya bertanggung jawab atas barang-barang berharga yang saya miliki seperti uang, perhiasan, buku cek, kartu kredit, handphone atau barang lainnya :

9. Saya bersedia menerima segala resiko atas ketidaktaatan saya/keluarga terhadap peraturan yang berlaku di RS Intan Husada.

10. Apabila pasien meninggal dunia maka pemulasaran jenazah akan dilakukan dengan tata cara protocol COVID-19.

Saya telaj memahami, menerima dan menyetujui untuk dilakukan perawatan sesuai ketentuan di RS Intan Husada.

Terhadap, (Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini)

Nama : Jenis Kelamin :

Tanggal Lahir : No. Telepon :

Demikian persetujuan ini dibuat dengan benar tanpa paksaan dari oihak manapun, karena saya telah memahami dan mengerti bahwa hal ini diperlukan untuk proses perawatan di RS Intan Husada.

Garut,/...../20.....

Dokter/Pemberi Informasi	Pasien/Penangguang Jawab Pasien	Saksi 1 (Keluarga Pasien)	Saksi 2 (Petugas RSIH)
<div>(.....) Tanda tangan dan Nama Jelas</div>	<div>(.....) Tanda tangan dan Nama Jelas</div>	<div>(.....) Tanda tangan dan Nama Jelas Hubungan:.....</div>	<div>(.....) Tanda tangan dan Nama Jelas</div>

Yang dimaksud dengan kata “saya” dalam pernyataan di atas adalah : pasien sendiri (diri sendiri) atau anggota keluarga yang menjadi pengampu pasien

*) Coret salah satu

**) Diisi status hubungan keluarga yang menjadi pengampu pasien yang bersangkutan

Lembar Putih : Berkas Rekam Medis Lembar Merah : Pasien

138/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.00)



TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI DAN PERSETUJUAN UMUM
(GENERAL CONSENT) PASIEN COVID-19
138/F/RM/RSIH/XI/2022 (RM 1.2.1) - Rev.00

1. PENGERTIAN

General Consent (GC) Pasien Covid-19 adalah formulir persetujuan umum yang selalu di ajukan kepada pasien atau keluarga sebelum menerima pelayanan rawat inap di rumah sakit khusus nya untuk pasien covid-19. GC Covid-19 hendaknya diinformasikan dahulu agar dapat dipahami dan dimengerti karena diantaranya mencakup hak dan kewajiban pasien, kerahasiaan informasi kesehatan, privasi, barang berharga milik pasien.

2. TUJUAN

Sebagai bukti perjanjian antara rumah sakit dan pasien atau keluarga pasien.

3. KEGUNAAN

Melakukan pengisian formulir pemberian informasi dan persetujuan umum (*General Consent*) Covid-19.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Petugas pendaftaran
- b. Distribusi Form *General Consent* Pasien Covid-19 akan diberikan kepada unit pendaftaran yang memberikan formulir tersebut ketika pasien akan dirawat inap.

5. MEKANISME PENGISIAN

Formulir general consent pasien covid-19 dilakukan oleh petugas pendaftaran dan di tandatangani.

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Data Identitas Pasien		
Nama	Diisi nama lengkap pasien	Pet.Pendaftaran / Menempelkan Stiker Identitas pasien
Tanggal Lahir	Diisi tanggal lahir dengan lengkap	Pet.Pendaftaran / Menempelkan Stiker Identitas pasien
No Rekam Medis	Diisi nomor rm dengan lengkap	Pet.Pendaftaran / Menempelkan Stiker Identitas pasien
Ruangan / kelas	Diisi ruangan / kelas yang di tempati	Pet.Pendaftaran / Menempelkan Stiker Identitas pasien
Jenis Kelamin	Lingkari / coret salah satu jenis kelamin	Pet.Pendaftaran / Menempelkan Stiker Identitas pasien
Penjamin	Diisi penjamin pasien	Pet.Pendaftaran / Menempelkan Stiker Identitas pasien
Data Identitas dan Isian Keluarga Pasien		

Nama	Diisi nama lengkap keluarga pasien	Petugas Pendaftaran / Keluarga pasien
Alamat	Diisi alamat keluarga pasien	Petugas Pendaftaran / Keluarga pasien
No. Telepon	Diisi No telepon atau HP yang bisa dihubungi	Petugas Pendaftaran / Keluarga pasien
Hubungan dengan pasien	Diisi/ceklis dari salah satu point	Petugas Pendaftaran / Keluarga pasien
Hak dan Kewajiban pasien	Diisi paraf bahwa pasien / keluarag pasien sudah mengerti penjelasan dari petugas pendaftaran	Petugas Pendaftaran / Keluarga pasien
Kerahasiaan Informasi Kesehatan atau memberikan kuasa terhadap rumah sakit sesuai keputusan menkes RI	Diisi paraf bahwa pasien / keluarga pasien sudah mengerti penjelasan dari petugas pendaftaran	Petugas Pendaftaran / Keluarga pasien
Persetujuan selama dirawat	Diisi paraf bahwa pasien / keluarga pasien sudah mengerti penjelasan dari petugas pendaftaran	Petugas Pendaftaran / Keluarga pasien
Memberikan wewenang terhadap rumah sakit	Diisi paraf bahwa pasien / keluarga pasien sudah mengerti penjelasan dari petugas pendaftaran	Petugas Pendaftaran / Keluarga pasien
Barang berharga milik pasien	Diisi paraf bahwa pasien / keluarga pasien sudah mengerti penjelasan dari petugas pendaftaran	Petugas Pendaftaran / Keluarga pasien
Kerahasiaan terkait hasil penunjang medis	Diisi paraf bahwa pasien / keluarag pasien sudah mengerti penjelasan dari petugas pendaftaran	Petugas Pendaftaran / Keluarga pasien
Memberi kewenangan terhadap keluarga pasien	Diisi paraf bahwa pasien / keluarag pasien sudah mengerti penjelasan dari petugas pendaftaran	Petugas Pendaftaran / Keluarga pasien
Bersedia menerima segala resiko atas ketidaktaatan saya/keluarga	Diisi paraf bahwa pasien / keluarag pasien sudah mengerti penjelasan dari petugas pendaftaran	Petugas Pendaftaran / Keluarga pasien
Apabila pasien meninggal dunia maka pemulasaran jenazah akan dilakukan dengan tata cara protocol COVID-19	Diisi paraf bahwa pasien / keluarag pasien sudah mengerti penjelasan dari petugas pendaftaran	Petugas Pendaftaran / Keluarga pasien
Dokter / Pemberi informasi	Diisi Nama jelas dan tandatangan	Dokter / Petugas Rumah Sakit
Pasien/PJ Pasien	Diisi Nama jelas dan tandatangan	Pasien / Keluarga Pasien

Saksi 1	Diisi Nama jelas, tandatangan dan hubungan dengan pasien	Keluarga Pasien
Saksi 2	Diisi Nama jelas dan tandatangan	Petugas RSIH