

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP :
Nama Lengkap : Aceng Firdaus H
Unit/Divisi/Komite : Rekam Medis
No. Telepon/Ext :
E-mail :

Tanggal : 18 / 04 / 2023

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Pembertan Informasi dan Persetujuan Umum (Bancan)
No/Kode Formulir : 090/F/PM/RSIH/IV/2023
No/Kode RM** : RM-1.2 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terkahir : Oktober 2022 Revisi ke- : 5

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	8 per
Buffer stock :	10 per
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf : <u>[Signature]</u>	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
penambahan terkait data rekam medis.

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

Tanda Tangan
Pemohon,

[Signature]
Aceng H

Tanda Tangan
Penerima,

[Signature]
Rani

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
<u>Lu 2PM</u>		<u>[Signature]</u>	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
<u>Acc dilaksanakan</u>		<u>[Signature]</u> 18/4	
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
<u>penambahan terkait data rekam medis</u>	<u>[Signature]</u> 18/04/23	<u>Ditanda Langsung</u>	<u>[Signature]</u> 18/4 Rani
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
<u>ACC</u>	<u>[Signature]</u> 18/4/23	<u>Segean di pcha</u>	<u>[Signature]</u> dr. Muhammad Hasan, MARS

*) 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)
UNTUK MENERIMA PELAYANAN KESEHATAN

1. HAK DAN KEWAJIBAN SEBAGAI PASIEN

a. Saya sudah mendapat penjelasan dan mengerti tentang hak dan kewajiban saya/keluarga saya* sebagai pasien di RS Intan Husada. Hak dan kewajiban tersebut seperti yang memuat dalam *leaflet* (yang diberikan kepada pasien) ataupun banner yang ada di RS Intan Husada. Saya juga sudah dijelaskan tentang tata tertib yang berlaku di RS Intan Husada.

b. Saya/keluarga saya* mengetahui dan memahami bahwa :

1) Sebagai pasien memiliki hak untuk mendapatkan penjelasan tentang Informasi kesehatan dan mengajukan pertanyaan tentang pengobatan yang diusulkan (termasuk identitas setiap orang yang memberikan atau mengamati pengobatan) setiap saat.

2) Sebagai pasien memiliki hak untuk persetujuan atau menolak persetujuan, untuk setiap prosedur/terapi selama mendapatkan pengobatan/perawatan di RS Intan Husada.

2. KERAHASIAAN INFORMASI KESEHATAN

Saya memahami informasi yang ada di dalam diri saya/keluarga saya* sebagai pasien, termasuk diagnosa, hasil laboratorium dan hasil test diagnostik, yang akan digunakan untuk perawatan/pengobatan medis, akan dijamin kerahasiannya oleh RS Intan Husada.

3. PERSETUJUAN PELEPASAN INFORMASI

a. Saya memberi wewenang kepada RS Intan Husada untuk memberikan informasi tentang RAHASIA KEDOKTERAN saya/keluarga saya*.

b. Saya tidak memberikan/memberikan* wewenang kepada RS Intan Husada untuk memberikan data dan informasi kesehatan saya/keluarga saya* sebagai pasien, kepada keluarga terdekat saya, yaitu :

1) , Hubungan dengan Pasien

2) , Hubungan dengan Pasien

4. PRIVASI

KEINGINAN PRIVASI

saya mengizinkan/tidak mengizinkan* RS Intan Husada memberi akses kepada Keluarga serta orang-orang yang akan menengok/menemui saya (sebagai pasien).

Privasi KHUSUS :

Saya menginginkan privasi khusus/tidak menginginkan privasi khusus* (bila menginginkan sediakan form khusus)

5. BARANG BERTHARGA MILIK PASIEN

a. Saya memahami bahwa RS Intan Husada tidak bertanggung jawab terhadap atas semua kehilangan barang-barang milik saya (pasien) dan saya secara pribadi bertanggung jawab atas barang berharga saya (pasien) secara pribadi bertanggung jawab atas barang-barang berharga yang saya miliki termasuk namun tidak terbatas pada uang, perhiasan, buku cek, kartu kredit, *handphone* atau barang lainnya. Dan apabila saya membutuhkan maka saya dapat menitipkan barang-barang tersebut kepada rumah sakit.

b. Saya juga mengerti bahwa saya harus memberitahu/menitipkan pada Rs. Intan Husada jika saya memiliki gigi palsu, kacamata, lensa kontak, *prosthetics* atau barang lainnya yang saya butuhkan untuk diamankan.

6. PERSETUJUAN UNTUK PENGOBATAN

Saya mengetahui bahwa saya/keluarga saya* sebagai pasien memiliki kondisi yang membutuhkan perawatan medis, saya mengizinkan dokter dan professional kesehatan lainnya untuk melakukan prosedur diagnostik dan untuk memberikan pengobatan medis seperti yang diperlukan dalam penilaian professional mereka. Prosedur diagnostik dan perawatan medis termasuk tetapi tidak terbatas pada pemasangan infus, pemeriksaan radiologi, pemeriksaan laboratorium dan pemberian obat.

7. Saya/keluarga saya* mengerti dan memahami bahwa :

Saya sudah mendapatkan penjelasan tentang informasi biaya sebagai konsekuensi pengobatan/tindakan yang diberikan kepada saya/keluarga saya* sebagai pasien.

8. INFORMASI BIAYA

Saya sudah mendapatkan penjelasan tentang informasi biaya sebagai konsekuensi pengobatan/tindakan yang diberikan kepada saya/keluarga saya* sebagai pasien.

9. LARANGAN MEROKOK

Tidak diperkenankan untuk merokok di lingkungan RS Intan Husada dan apabila ditemukan pasien/penunggu/pengunjung pasien merokok di seluruh lingkungan Rumah Sakit Intan Husada, maka diberikan sanksi berupa denda Rp.1.000.000 (*satu juta rupiah*).

Dengan menandatangani formulir yang sudah terisi ini, saya menyatakan bahwa **saya telah memahami dan menyetujui** sebagaimana yang ada dalam item Persetujuan Umum/*General Consent* tersebut diatas.

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

Petugas pemberi informasi	Yang memberi persetujuan pasien/keleuarga pasien	Saksi penerima informasi persetujuan rawat inap
(.....)	(.....)	(.....)
Nama Jelas dan Tandatangani	Hubungan dengan pasien:.....	Nama Jelas dan Tandatangani

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

090/F/RM/RSIH/IV/2023 (Rev.05)