



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14080290025
Nama Lengkap : Resti Fauziah, A.Md.Kep.
Unit/Divisi/Komite : Intensif Anak
No. Telepon/Ext : 2205
E-mail : resti.fauziah@gmail.com

Tanggal : 30/9/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Grafik observasi bayi
No/Kode Formulir : 028/F/RM/PSIH/IX/2022 (rev.01)
No/Kode RM** : 6.6 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : 2 Revisi ke : 01

Logistik Formulir
(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 6
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu :

Paraf
a.1

(Signature)

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Penyesuaian nomor rekam medis

Komponen Perubahan

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

No rekam medis

Tanda Tangan
Pemohon,

(Signature)
Resti Fauziah, A.Md. Kep
503/6454/SKIP-89/Diskes/2017

Tanda Tangan
Penerima,

(Signature)
Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik

F4 1 ply

Tanda Tangan

(Signature)

Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung

Ace

Tanda Tangan

(Signature)

Panitia Rekam Medik**

Tanda Tangan

Unit/Divisi/Komite

Tanda Tangan

Rekam Medik**

Tanda Tangan

Kesekretariatan

Tanda Tangan

pergantian nomor formulir
dibuat Fq.

(Signature)

no. Form disesuaikan

(Signature)
Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**

Tanda Tangan

Direktur

Tanda Tangan

Ace
Faqet mang

(Signature)

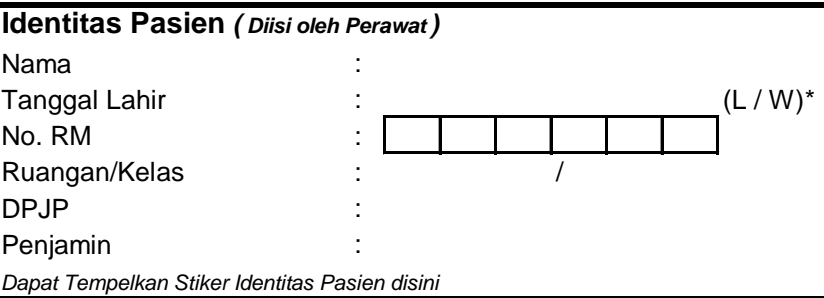
(Signature)

(Signature)
drg. Muhammad Hasan, MARS
NIP. 24110483633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama : _____

Tanggal Lahir : _____ (L / W)*

No. RM :

--	--	--	--	--	--

Ruangan/Kelas : _____ / _____

DPJP : _____

Penjamin : _____

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini

(Diisi oleh Perawat)

.....

☐ VE ☐ SC

* Coret yang tidak perlu