



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 : Parit.rawat_salan@rsintanharada.com

Tanggal : 30 / 08 / 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Surat Pemberitahuan BACA WARNA
No/Kode Formulir : 019 / F / RM / RSUH / 1 x / 2022 (Rev. 02)
No/Kode RM** : 7.15 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

Logistik Formulir

(diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 0
Buffer stock : 5
Proses PO : 2 minggu
Waktu :

Paraf

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Sweeping Formulir dan pengantaran no. RM

Komponen Perubahan

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

no. RM

Tanda Tangan
Pemohon,

Elis Dida Junica, A.Md.Kep
50310330/SP/2770/Inkasa/2022

Tanda Tangan
Penerima,

21/11/22
Parit

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 Pky			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		ACC	an DR Dipi R.
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Pengantaran nomor RM Fq	Ami Acang	Ditindaklanjuti sesuai dengan revisi peromoran RM	21/11/22 Parit
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	Ami Irs	Acc	drg. Muhammad Hasan, MARS

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

SURAT KETERANGAN BUTA WARNA

No. :/SKBW/...../...../.....

Dengan surat ini, saya sebagai dokter pemeriksa pasien menerangkan bahwa:

Nama :
Tanggal Lahir :
No. RM :
Klinik :
Dokter Pemeriksa :
Penjamin :
Pekerjaan :
Alamat :

**Dapat tempelkan stiker pasien*

Penglihatan tanpa kacamata Mata Kanan :

Mata Kiri :

Penglihatan dengan kacamata Mata Kanan :

Mata Kiri :

Telah dilakukan tes buta warna dengan metode *Ishihara*.

Kesimpulan : **BUTA WARNA / TIDAK BUTA WARNA**

Keterangan ini dibuat untuk

Demikian surat keterangan buta warna ini dibuat dan harap digunakan sebagaimana mestinya.

Garut, 20...
Dokter Pemeriksa

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

*Keterangan : *coret yang tidak perlu*



TATA CARA PENGISIAN SURAT KETERANGAN BUTA WARNA

019/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 7.15) - Rev.02

1. PENGERTIAN

Surat Keterangan Buta Warna adalah suatu permintaan tertulis dari dokter untuk pembuatan keterangan buta warna sesuai hasil pemeriksaan isihara, diagnosis serta intruksi lanjutan pasien-pasien yang dilayani di Unit Rawat Jalan.

2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi kepada petugas Unit Rawat Jalan tentang hal-hal yang berkaitan dengan pasien dari segi medis dan keperawatan.

3. KEGUNAAN

Mendokumentasikan kondisi pasien pada saat masuk Unit Rawat Jalan, pemeriksaan selama di Unit Rawat Jalan, terapi dan tindak lanjut pasien di Unit Rawat Jalan.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

Dokter Spesialis Mata Unit Rawat Jalan dan perawat Unit Rawat Jalan

5. MEKANISME PENGISIAN

Form diisi oleh dokter dan perawat Unit Rawat Jalan

6. CARA PENGISIAN

ITEM ISIAN	CARA PENGISIAN	PETUGAS YANG MENGISI	KETERANGAN
No	Diisi nomor sesuai urutan dari rekam medis	Perawat	Diisi lengkap
Nama	Di isi nama pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Tanggal Lahir	Di isi tanggal lahir pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
No RM	Di isi No RM pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Pekerjaan	Di isi pekerjaan pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Alamat	Di isi alamat pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Penglihatan tanpa kacamata mata kanan	Di isi sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Penglihatan tanpa kacamata mata kiri	Di isi sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap

Penglihatan dengan kacamata mata kanan	Di isi sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Penglihatan dengan kacamata mata kiri	Di isi sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Diisi lengkap
Kesimpulan	Di coret salah satu sesuai hasil pemeriksaan	Dokter	Jika hasil pemeriksaan dinyatakan tidak buta warna maka coret tulisan BUTA WARNA , jika hasil pemeriksaan dinyatakan buta warna maka coret tulisan TIDAK BUTA WARNA
Keterangan ini di buat untuk	Di isi sesuai kebutuhan pasien	Dokter	Diisi lengkap
Tempat dan tanggal	Di isi tempat dan tanggal waktu pemeriksaan	Perawat/Dokter	Diisi lengkap
Dokter yang memeriksa	Di isi nama lengkap dan tanda tangan dokter yang memeriksa	Dokter	Diisi lengkap