

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

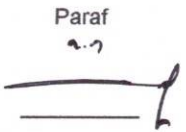
DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 14080292034
 Nama Lengkap : Resti Septianisa
 Unit/Divisi/Komite : Radiologi
 No. Telepon/Ext :
 E-mail : Radiologirsih@gmail.com

Tanggal : 20 Oktober 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
 Judul Formulir : Formulir Pemeriksaan Radiologi
 No/Kode Formulir : 001/F/RAD/RSIH/XII/2021 REV.01
 No/Kode RM** : 9.1 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Agustus Revisi ke- : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	11
Buffer stock :	10
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Sesuai rekomendasi pada saat kegiatan luring PCC (LAM-KPRS)

Komponen Perubahan

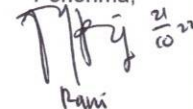
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)

Perubahan pada kolom diagnosa menjadi Indikasi Klinis / Diagnosis

Tanda Tangan
Pemohon,



Tanda Tangan
Penerima,



Masukan/Saran

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


Logistik			Tanda Tangan
1/2 F4 1 ply			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung			Tanda Tangan
dr. Rizqi Rosyidah Nur Sp Rad			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
disesuaikan dengan Akreditasi	 21/10/22	Ditindak Lanjut	 21/10/22
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Ace revisi	 dr. Iva		

dr. Muhammad Hasan, MARS
 NIP. 24110183633

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

	<p style="text-align: right;">Identitas Pasien</p> <p>Nama : _____</p> <p>Tanggal Lahir : _____ (L / W)*</p> <p>No. RM : _____</p> <p>Poli/Ruang : _____</p> <p>DPJP : _____</p> <p>Penjamin : _____</p> <p style="font-size: small;">Dapat Tempelkan Stiker Identitas Pasien disini</p>						
FORMULIR PEMERIKSAAN RADIOLOGI							
<p>Tanggal Pemeriksaan : _____</p> <p>Alamat Pasien : _____</p>	<p>Kehamilan : Hamil/Ragu/Tidak</p> <p>Foto Lama : _____</p> <p>No. Telp / Hp : _____</p>						
<p>Keterangan Klinik / Diagnosa Sementara :</p>							
<p>PILIH LAH SALAH SATU JENIS TEST YANG DIMINTA DENGAN MEMBERIKAN TANDA "✓"</p>							
RADIOGRAPHY							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Kepala <input type="checkbox"/> TM Joint <input type="checkbox"/> Os Nasal <input type="checkbox"/> Mastoid <input type="checkbox"/> Mandibula <input type="checkbox"/> Water's <input type="checkbox"/> Clavicula <input type="checkbox"/> Shoulder Joint <input type="checkbox"/> Elbow Joint <input type="checkbox"/> Wrist Joint </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Humerus <input type="checkbox"/> Antebrachii <input type="checkbox"/> Manus <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Sacro-coccygeus <input type="checkbox"/> Knee Joint <input type="checkbox"/> Ankle Joint <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Cruris </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> R L R L R L R L R L R L R L R L R L R L </div> <div> <input type="checkbox"/> Pedis <input type="checkbox"/> Os Calcaneus <input type="checkbox"/> Cervical AP/Lat <input type="checkbox"/> Cervical AP/Lat/Obliq <input type="checkbox"/> Thoracal AP/Lat <input type="checkbox"/> Lumbosacral AP/Lat <input type="checkbox"/> Thoracolumbal AP/Lat <input type="checkbox"/> Hip Joint <input type="checkbox"/> Soft Tissue Leher </div> <div> R L R L R L R L R L R L R L R L R L R L </div> </div> </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="vertical-align: top;"> <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Thorax PA <input type="checkbox"/> Top lordotic <input type="checkbox"/> Thorax Lateral <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Abdomen 3 posisi <input type="checkbox"/> Panoramic <input type="checkbox"/> Cephalometri <input type="checkbox"/> HSG <input type="checkbox"/> Lain-lain..... </div> <div> R L R L R L R L R L R L R L R L R L R L </div> </div> </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Kepala <input type="checkbox"/> TM Joint <input type="checkbox"/> Os Nasal <input type="checkbox"/> Mastoid <input type="checkbox"/> Mandibula <input type="checkbox"/> Water's <input type="checkbox"/> Clavicula <input type="checkbox"/> Shoulder Joint <input type="checkbox"/> Elbow Joint <input type="checkbox"/> Wrist Joint	<input type="checkbox"/> Humerus <input type="checkbox"/> Antebrachii <input type="checkbox"/> Manus <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Sacro-coccygeus <input type="checkbox"/> Knee Joint <input type="checkbox"/> Ankle Joint <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Cruris	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> R L R L R L R L R L R L R L R L R L R L </div> <div> <input type="checkbox"/> Pedis <input type="checkbox"/> Os Calcaneus <input type="checkbox"/> Cervical AP/Lat <input type="checkbox"/> Cervical AP/Lat/Obliq <input type="checkbox"/> Thoracal AP/Lat <input type="checkbox"/> Lumbosacral AP/Lat <input type="checkbox"/> Thoracolumbal AP/Lat <input type="checkbox"/> Hip Joint <input type="checkbox"/> Soft Tissue Leher </div> <div> R L R L R L R L R L R L R L R L R L R L </div> </div>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Thorax PA <input type="checkbox"/> Top lordotic <input type="checkbox"/> Thorax Lateral <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Abdomen 3 posisi <input type="checkbox"/> Panoramic <input type="checkbox"/> Cephalometri <input type="checkbox"/> HSG <input type="checkbox"/> Lain-lain..... </div> <div> R L R L R L R L R L R L R L R L R L R L </div> </div>		
<input type="checkbox"/> Kepala <input type="checkbox"/> TM Joint <input type="checkbox"/> Os Nasal <input type="checkbox"/> Mastoid <input type="checkbox"/> Mandibula <input type="checkbox"/> Water's <input type="checkbox"/> Clavicula <input type="checkbox"/> Shoulder Joint <input type="checkbox"/> Elbow Joint <input type="checkbox"/> Wrist Joint	<input type="checkbox"/> Humerus <input type="checkbox"/> Antebrachii <input type="checkbox"/> Manus <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Sacro-coccygeus <input type="checkbox"/> Knee Joint <input type="checkbox"/> Ankle Joint <input type="checkbox"/> Femur <input type="checkbox"/> Cruris	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> R L R L R L R L R L R L R L R L R L R L </div> <div> <input type="checkbox"/> Pedis <input type="checkbox"/> Os Calcaneus <input type="checkbox"/> Cervical AP/Lat <input type="checkbox"/> Cervical AP/Lat/Obliq <input type="checkbox"/> Thoracal AP/Lat <input type="checkbox"/> Lumbosacral AP/Lat <input type="checkbox"/> Thoracolumbal AP/Lat <input type="checkbox"/> Hip Joint <input type="checkbox"/> Soft Tissue Leher </div> <div> R L R L R L R L R L R L R L R L R L R L </div> </div>					
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> <input type="checkbox"/> Thorax PA <input type="checkbox"/> Top lordotic <input type="checkbox"/> Thorax Lateral <input type="checkbox"/> Abdomen <input type="checkbox"/> Abdomen 3 posisi <input type="checkbox"/> Panoramic <input type="checkbox"/> Cephalometri <input type="checkbox"/> HSG <input type="checkbox"/> Lain-lain..... </div> <div> R L R L R L R L R L R L R L R L R L R L </div> </div>							
CT SCAN							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Kepala Non Kontras <input type="checkbox"/> Kepala + Bone Window <input type="checkbox"/> Kepala + Kontras <input type="checkbox"/> Orbita + Kontras <input type="checkbox"/> Nasopharyng + Leher <input type="checkbox"/> Leher <input type="checkbox"/> Leher + Thorax </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Mastoid <input type="checkbox"/> Sinus paranasalis <input type="checkbox"/> Thorax Non Kontras <input type="checkbox"/> Thorax + Kontras <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Extremitas atas <input type="checkbox"/> Extremitas bawah..... </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Abdomen + Kontras <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Thoracal <input type="checkbox"/> Lumbal <input type="checkbox"/> Urography <input type="checkbox"/> Fistulography <input type="checkbox"/> Perfusi </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Lain-lain..... </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Kepala Non Kontras <input type="checkbox"/> Kepala + Bone Window <input type="checkbox"/> Kepala + Kontras <input type="checkbox"/> Orbita + Kontras <input type="checkbox"/> Nasopharyng + Leher <input type="checkbox"/> Leher <input type="checkbox"/> Leher + Thorax	<input type="checkbox"/> Mastoid <input type="checkbox"/> Sinus paranasalis <input type="checkbox"/> Thorax Non Kontras <input type="checkbox"/> Thorax + Kontras <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Extremitas atas <input type="checkbox"/> Extremitas bawah.....	<input type="checkbox"/> Abdomen + Kontras <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Thoracal <input type="checkbox"/> Lumbal <input type="checkbox"/> Urography <input type="checkbox"/> Fistulography <input type="checkbox"/> Perfusi	<input type="checkbox"/> Lain-lain.....		
<input type="checkbox"/> Kepala Non Kontras <input type="checkbox"/> Kepala + Bone Window <input type="checkbox"/> Kepala + Kontras <input type="checkbox"/> Orbita + Kontras <input type="checkbox"/> Nasopharyng + Leher <input type="checkbox"/> Leher <input type="checkbox"/> Leher + Thorax	<input type="checkbox"/> Mastoid <input type="checkbox"/> Sinus paranasalis <input type="checkbox"/> Thorax Non Kontras <input type="checkbox"/> Thorax + Kontras <input type="checkbox"/> Pelvis <input type="checkbox"/> Extremitas atas <input type="checkbox"/> Extremitas bawah.....	<input type="checkbox"/> Abdomen + Kontras <input type="checkbox"/> Cervical <input type="checkbox"/> Thoracal <input type="checkbox"/> Lumbal <input type="checkbox"/> Urography <input type="checkbox"/> Fistulography <input type="checkbox"/> Perfusi					
<input type="checkbox"/> Lain-lain.....							
ULTRASONOGRAPHY (USG)							
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Kepala <input type="checkbox"/> Tiroid <input type="checkbox"/> Leher <input type="checkbox"/> Lower Abdomen <input type="checkbox"/> Upper Abdomen <input type="checkbox"/> Whole Abdomen </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Echocardiografi anak <input type="checkbox"/> Echocardiografi dewasa <input type="checkbox"/> Scrotum-testis <input type="checkbox"/> Mammae + Axilla <input type="checkbox"/> Doppler Vascular <input type="checkbox"/> Inguinal </td> <td style="width: 33%; vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Massa <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Thorax marker <input type="checkbox"/> Shoulder <input type="checkbox"/> Muskuloskeletal <input type="checkbox"/> Sendi </td> </tr> <tr> <td colspan="3" style="vertical-align: top;"> <input type="checkbox"/> Genital <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Lain-Lain </td> </tr> </table>		<input type="checkbox"/> Kepala <input type="checkbox"/> Tiroid <input type="checkbox"/> Leher <input type="checkbox"/> Lower Abdomen <input type="checkbox"/> Upper Abdomen <input type="checkbox"/> Whole Abdomen	<input type="checkbox"/> Echocardiografi anak <input type="checkbox"/> Echocardiografi dewasa <input type="checkbox"/> Scrotum-testis <input type="checkbox"/> Mammae + Axilla <input type="checkbox"/> Doppler Vascular <input type="checkbox"/> Inguinal	<input type="checkbox"/> Massa <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Thorax marker <input type="checkbox"/> Shoulder <input type="checkbox"/> Muskuloskeletal <input type="checkbox"/> Sendi	<input type="checkbox"/> Genital <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Lain-Lain		
<input type="checkbox"/> Kepala <input type="checkbox"/> Tiroid <input type="checkbox"/> Leher <input type="checkbox"/> Lower Abdomen <input type="checkbox"/> Upper Abdomen <input type="checkbox"/> Whole Abdomen	<input type="checkbox"/> Echocardiografi anak <input type="checkbox"/> Echocardiografi dewasa <input type="checkbox"/> Scrotum-testis <input type="checkbox"/> Mammae + Axilla <input type="checkbox"/> Doppler Vascular <input type="checkbox"/> Inguinal	<input type="checkbox"/> Massa <input type="checkbox"/> Thorax <input type="checkbox"/> Thorax marker <input type="checkbox"/> Shoulder <input type="checkbox"/> Muskuloskeletal <input type="checkbox"/> Sendi					
<input type="checkbox"/> Genital <input type="checkbox"/> Fast <input type="checkbox"/> Lain-Lain							
LAIN-LAIN (KHUSUS BAGIAN RADIOLOGI)	DOKTER PENGIRIM						
	<p>(.....)</p> <p style="font-size: small;">Nama Jelas dan Tanda Tangan</p>						

**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PEMERIKSAAN RADIOLOGI
001/F/RAD/RSIH/XII/2021 (Rev.01)**

1. PENGERTIAN

Formulir Pemeriksaan Radiologi adalah formulir yang berisikan jenis-jenis pemeriksaan Radiologi.

2. TUJUAN

Untuk kebutuhan dokter pemeriksa pada saat akan dilakukan pemeriksaan penunjang terhadap pasien.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk permintaan pemeriksaan penunjang setelah dilakukan anamnesa oleh dokter pemeriksa.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- a. Formulir disediakan di Unit Rawat Inap, Unit Rawat Jalan, dan IGD yang akan merujuk pemeriksaan Radiologi.

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Formulir Pemeriksaan Radiologi diisi oleh dokter pengirim
b. Pengisian Identitas pasien diisi oleh dokter pengirim.
c. Pengisian tanggal pemeriksaan, alamat pasien, dan indikasi klinis diisi oleh dokter pengirim.
d. Dokter pengirim mengisi jenis pemeriksaan dengan memberikan tanda ✓ pada kolom pemeriksaan

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara Pengisian	Yang Mengisi
Nama	Diisi nama lengkap pasien	Diisi oleh dokter
Tanggal Lahir	Diisi Tanggal bulan dan tahun	Diisi oleh unit dokter
No RM	Diisi Nomor Rekam Medis Pasien	Diisi oleh unit dokter
Poli/Ruang	Diisi asal pasien berada	Diisi oleh dokter
DPJP	Diisi nama dokter penanggung jawab pasien	Diisi oleh dokter
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung	Diisi oleh unit dokter/ perawat

	pemeriksaan pasien	
Tanggal Pemeriksaan	Diisi tanggal pada saat pasien diperiksa	Diisi oleh dokter
Alamat Pasien	Diisi alamat pasien sesuai dengan KTP	Diisi oleh dokter / perawat
Indikasi Klinis / Diagnosis	Diisi diagnosa pasien	Diisi oleh dokter
Lain-lain	Diisi apabila pada kolom pemeriksaan tidak tersedia	Diisi oleh dokter
Dokter Pengirim	Diisi / dicap nama dokter disertai dengan tanda tangan dokter	Diisi oleh dokter