

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 1410285045
 Nama Lengkap : Uti Sutawati
 Unit/Divisi/Komite : Kamar Operasi
 No. Telepon/Ext : 1201
 E-mail : utisutawati2012@gmail.com

Tanggal : 30-09-2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Nama/Judul Formulir : ☒ Revisi ☐ Buat Baru
 No/Kode Formulir : 043/F/RM/RSIH/X/1022 (Per. 00)
 No/Kode RM : 4.7 (untuk form medis)
 Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke- :

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)

Jumlah stok formulir lama : 7
 Buffer stock : 5
 Proses PO : 2 minggu
 Waktu :

Paraf
a.g

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir : (perubahan pemantauan hisap paru,)
 (data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 perubahan no RM

Komponen Perubahan

(data diisi menggunakan tambahan kertas lain jika diperlukan, berikan penjelasan secukupnya)
 Kertas F9

Tanda Tangan
Pemohon,

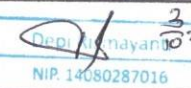
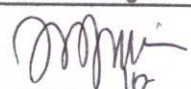
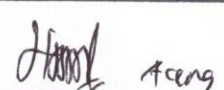

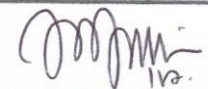
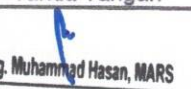
Uti Sutawati

Tanda Tangan
Penerima,

Rani Setia Utami
NIP. 15070293069

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
F4 1 ply		a.g	
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
Acc, Revisi Minor sesuai		 Rani Setia Utami NIP. 15070293069	
Unit/Divisi/Komite		Tanda Tangan	
Acc Revisi		 Rani Setia Utami NIP. 15070293069	
Rekam Medik	Tanda Tangan	Kesejahteraan	Tanda Tangan
Revisi no RM	 Rani Setia Utami NIP. 15070293069	No form disesuaikan	 Rani Setia Utami NIP. 15070293069
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc	 Rani Setia Utami NIP. 15070293069	Acc	 Rani Setia Utami NIP. 15070293069

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

001/F/SEKRE/RSIH/XII/2021(Rev.00)



Identitas Pasien (Diisi oleh Perawat)

Nama :
Tanggal Lahir : (L / W)
No. RM :
Ruangan/Kelas : /
DPJP :
Penjamin :

Tempelkan Stiker Identitas Pasien di sini

Tanggal Pengambilan : / /
Jam Pengambilan : : WIB
Lokasi Jaringan :

Cara Pengambilan : Operasi / Biopsi / Kerokan / Lain-Lain
Fiksasi : Formalin 10% / Lainnya :

Diagnosis Klinik :
Keterangan Klinik : (Mohon dicantumkan tanggal haid terakhir bila bahan berasal dari kerokan endometrium)

Pemeriksaan PA sebelumnya :
Tanggal : / / Nomor
Lab / RS :
Hasil :

Garut, / 20.....
Dokter Operator

(.....)
Tandatangan dan Nama Jelas

PERMINTAAN PEMERIKSAAN HISTOPATOLOGI



Jl. Suherman no 72 Tarogong Garut Telp (0262) 247769 Garut 44151

Yang Lama

BARCODE

PERMINTAAN PEMERIKSAAN HISTOPALOGI

Nama	:	.....	Nama	:	.....
Dokter	:	.....	Penderita	:	.....
RS	:	.....	Umur	:	.....
Alamat	:	.....	J.Kelamin	:	.....
Telepon	:	.....	Bangsa/Suku	:	.....
			Agama	:	.....
			Alamat	:	.....
			Telepon	:	.....

Lokasi Jaringan :

TGL.Pengambilan :

...../...../.....

Cara Pengambilan : Operasi / Biopsi / Kerokan / Lain-Lain

Fiksasi : Formulir 10% / Lain-Lain

Diagnosis Klinik :

Keterangan Klinik : (Mohon dicantumkan tanggal haid terakhir bila bahan berasal dari kerokan endometrium)

Pemeriksaan PA sebelumnya :

Dokter Pengirim

Tanggal :/...../..... Nomor

Lab / RS :

Hasil :

(.....)



**TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PERMINTAAN PEMERIKSAAN HISTOPALOGI
043/F/RM/RSIH/IX/2022 (Rev.00)**

1. PENGERTIAN

Histopatologi adalah salah satu pelayanan pemeriksaan laboratorium Patologi Anatomi dari sampel berupa jaringan operasi/biopsi,kerokan. Pemeriksaan ini berfungsi untuk melihat perubahan morfologi sel dari jaringan dengan metode paraffin. Pemeriksaan ini adalah gold standard untuk menentukan kelainan neoplasma atau non neoplasma serta menentukan terapi selanjutnya

2. TUJUAN

Selain itu Tujuan dari pembuatan formulir ini adalah untuk Pemeriksaan ini gold standard untuk menentukan kelainan neoplasma atau non neoplasma serta menentukan terapi selanjutnya.

3. KEGUNAAN

Jaringan operasi yang akan dilakukan pemeriksaan histopatologi, dalam waktu kurang dari 30 menit sudah dimasukkan ke dalam wadah sampel yang telah terisi cairan fiksasi NBF (Neutral buffer formalin 10%). Cairan fiksasi ini berfungsi untuk mencegah autolysis, mencegah pertumbuhan bakteri atau jamur serta mempertahankan morfologi sel, sehingga sampel tersebut dapat representatif untuk dilakukan pemeriksaan. Wadah sampel diberi label berupa identitas pasien untuk mencegah terjadinya sampel yang tertukar. Jaringan tersebut langsung dilakukan pemeriksaan makroskopis berupa kualitas jaringan dan dilakukan sayatan dilaboratorium patologi anatomi.

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN


- a. Dokter Operator
- b. Perawat Sirkuler
- c. Perawat Instrumen
- d. Laboratorium

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form permintaan pemeriksaan histopalogi Pasien ini diisi oleh dokter Operator

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
Nama	Diisi nama Lengkap pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L / W	Diisi tanggal lahir, L/W dipilih salah satu yang sesuai dengan cara di lingkari	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
DPJP	Diisi nama dokter yang akan melakukan tindakan kepada pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Nama dokter	Diisi nama Lengkap dokter Penanggung Jawab	Dokter Penanggung Jawab
Rumah Sakit	Diisi nama Rumah Sakit dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Alamat	Diisi Alamat Rumah Sakit dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Telepon	Diisi nama Rumah Sakit dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Nama Penderita	Diisi nama Pasien dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Umur	Diisi umur pasien dengan jelas	Dokter Penanggung Jawab

J.Kelamin	Diisi Jenis kelamin pasien dengan Jelas	Dokter Penanggung Jawab
Bangsa/Suku	Diisi bangsa dan suku pasien dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Agama	Diisi agama Pasien dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Alamat	Diisi alamat pasien dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Lokasi Jaringan :	Diisi Lokasi jaringan yang di ambil dari tubuh pasien dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Tanggal.Pengambilan :	Diisi Tanggal pengambilan jaringan dari tubuh pasien dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Jam Pengambilan :	Diisi Jam pengambilan jaringan dari tubuh pasien dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Cara Pengambilan : Operasi / Biopsi / Kerokan / Lain-Lain	Diisi dan Lingkari  Cara pengambilan jaringan dari tubuh pasien dengan lengkap dan jelas	Dokter Penanggung Jawab
Fiksasi : Formulir 10% / Lain-Lain	Lingkari Cara fiksasi pada jaringan tersebut dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Diagnosis Klinik :	Diisi Diagnosis Klinik pasien dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Keterangan Klinik : (Mohon dicantumkan tanggal haid terakhir bila bahan berasal dari kerokan endometrium)	Diisi Keterangan Klinik pasien dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Tanggal :	Diisi Tanggal pemeriksaan PA sebelumnya dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Lab / RS :	Diisi Laboratorium atau Rumah Sakit sebelumnya dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Hasil :	Diisi Hasil Sakit dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab
Dokter Operator	Diisi Nama dokter dengan jelas beserta dengan Tandatangannya dengan lengkap	Dokter Penanggung Jawab