



FORMULIR PERMINTAAN
PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080190043
Nama Lengkap : Iman Nugjama
Unit/Divisi/Komite : DED
No. Telepon/Ext : 1111
E-mail : kamit-gawat-darurat@intanhusada.com

Tanggal : 20/5/2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : Pemberian Informasi tindakan Medik
No/Kode Formulir : 103 / FIRM / RSIH / IX / 2022
No/Kode RM** : 2-9 (untuk form medis)
Bulan Revisi Terakhir : Revisi ke : 2

Logistik Formulir (diisi oleh petugas logistik)	
Jumlah stok formulir lama :	0
Buffer stock :	10
Proses PO :	2 minggu
Waktu :	
Paraf a.n Aditya	

Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir

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

Pengesahan dengan panduan dan pedoman yang berlaku.

Komponen Perubahan

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

Perubahan kode formulir dan revisi minor

Tanda Tangan
Pemohon,

Iman Nugjama
NIP. 15080190043

Tanda Tangan
Penerima,

Aditya
Rani

Masukan/Saran

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

Logistik			Tanda Tangan
F4 1 ply			a.n Aditya
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung			Tanda Tangan
ACC Pengesahan Revisi			Iman 1/2
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		Acc	20/5/22
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Perubahan no RM	Handy Aceng	Ditambahkan sesuai dengan revisi penomoran.	Aditya Rani 17/5/22
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
Acc	Iman 1/2	Acc	dr. Muhammad Hasbi UMARS NIP. 211104183693

*) 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

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

Medical Procedure Information

PEMBERIAN INFORMASI (Provision of Information)

Garut, ____ / ____ / ____ pukul ____

Dokter Pelaksana Tindakan/Medical staff conducting procedure : _____
Pemberi Informasi/information provider : _____
Penerima Informasi/Pemberi persetujuan* : _____
Information receive/consent provider

JENIS INFORMASI (Type of Information)	ISI INFORMASI (Content of information)	TANDA (v)
1 Diagnosis (WD & DD) Diagnosis (Working Diagnosis and Differential Diagnosis)		
2 Dasar Diagnosis Basic of Diagnosis		
3 Tindakan Kedokteran/Tata Cara Medical Procedure/Method		
4 Indikasi Tindakan Medical Procedure Indication		
5 Tujuan Purposes of the Procedure		
6 Risiko/Koplikasi Risks/Complications		
7 Prognosis Prognosis		
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks		
9 Lain-lain Others		

Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan hal-hal di atas secara benar dan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/atau berdiskusi. Herewith stated that I have explain all information above correctly and clearly and provide opportunity to inquiries and/or discussion.	Dokter Pelaksana Tindakan (.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima informasi sebagaimana di atas yang saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah memahaminya. Herewith stated that I have explain all information as mentioned above with my initials or sign on the righ column, and have understand it..	Penerima Informasi (.....) Nama Jelas dan Tanda Tangan

*Bila pasien tidak kompeten atau tidak mau menerima informasi, maka penerima informasi adalah wali atau keluarga terdekat. If the patient incompetent or unable to receive information, the information receiver assigned to patient's custodian or next of kin.

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK

TATA CARA PENGISIAN
FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK
103/F/RM/RSIH/IX/2021 (Rev.01)

1. PENGERTIAN

Formulir Pemberian Informasi adalah berkas berisikan informasi tindakan medik yang meliputi diagnosis, dasar diagnosis, tata cara tindakan kedokteran, indikasi tindakan, tujuan, risiko/komplikasi, prognosis, alternatif dan risiko terkait tindakan medik yang akan dilakukan untuk pasien dari Dokter Penanggung Jawab Pelayanan (DPJP).

2. TUJUAN

Untuk memberikan informasi tindakan yang dilakukan kepada pasien yang diminta oleh DPJP.

3. KEGUNAAN

Formulir digunakan untuk pemberian informasi dan edukasi tentang pentingnya tindakan medik yang akan dilakukan

4. TANGGUNG JAWAB PELAKSANAAN

- Dokter Penanggung Jawab Pelayanan
- Distribusi Form Pemberian Informasi akan diberikan kepada semua unit pelayanan dan keperawatan yang memberikan tindakan medik kedokteran

5. MEKANISME PENGISIAN

- Form Pemberian Informasi diisi oleh DPJP
- Pengisian Identitas pasien Form Pemberian Informasi diisi oleh Perawat atau Petugas Kesehatan lainnya atau ditempel dengan stiker label pasien

6. CARA PENGISIAN

Item yang diisi	Cara pengisian	Yang mengisi
Identitas Pasien (dapat ditempel stiker identitas pasien)		
Nama	Diisi nama Lengkap	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Tgl Lahir L /P	Diisi tanggal lahir, L/P dipilih salah satu yang sesuai	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
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Perawat/ Petugas Kesehatan lainnya

Pemberian Informasi		
Dokter Pelaksana Tindakan	Diisi nama dokter yang akan melakukan tindakan medik	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
Pemberi Informasi	Diisi nama dokter yang memberikan informasi terkait tindakan medik yang akan dilakukan	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
Penerima Informasi	Diisi nama penerima informasi dari pihak pasien (keluarga inti/keluarga terdekat) mencantumkan nama penerima informasi dan status kedekatan dengan pasien Contoh : Tn. Amir (kakak kandung)	Perawat/Tenaga kesehatan lain/DPJP
Jenis Informasi		
Diagnosis	Diisi diagnosa pasien pada saat perawatan di RS Intan Husada	DPJP
Dasar Diagnosis	Diisi dasar diagnosis	DPJP
Tindakan kedokteran	Diisi tata cara tindakan medik yang akan dilakukan oleh DPJP	DPJP
Indikasi Tindakan	Diisi indikasi/alasan tindakan medik dilakukan	DPJP
Tujuan	Diisi Tujuan tindakan medik dilakukan	DPJP
Risiko/Komplikasi	Diisi Risiko/komplikasi yang mungkin terjadi pada saat tindakan medik dilakukan	DPJP
Prognosis	Diisi kemungkinan yang terjadi jika dilakukan tindakan <i>Dubia ad malam/dubia ad bonam/ ad malam/ ad bonam</i>	DPJP
Alternatif & Risiko	Diisi alternatif dan risiko jika tindakan medik tidak dilakukan	DPJP
Lain-lain	Diisi keterangan informasi lainnya sesuai dengan kebutuhan	DPJP
Tanda tangan	Diisi nama jelas dan tanda tangan dokter pelaksana tindakan	DPJP
	Diisi nama jelas dan tanda tangan penerima informasi	Pasien/Keluarga Pasien