



FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON

NIP : 15080288075
Nama Lengkap : Elis Dinda Junica
Unit/Divisi/Komite : URS
No. Telepon/Ext : 2113 / 1101
E-mail : Farit.pawati_salan@rsintanhusada.com

Tanggal : 30 / 09 / 2022

DATA FORMULIR TERKAIT

Jenis Permintaan Formulir : ☐ Buat Baru ☒ Revisi ☐ Penghapusan
Judul Formulir : SURAT KETERANGAN REVISI RMR
No/Kode Formulir : 021 / F / RM / RSKH / 12 / 2022 (Rev. 02)
No/Kode RM** : 7.18 (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)

Supaya formulir dan pengantaran no RM

Komponen Perubahan

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

no RM

Tanda Tangan
Pemohon,

Elis Dinda Junica, A.Md.Kep
603182303/SIPP.277/ID/kes/2022

Tanda Tangan
Penerima,

Farit
RMR

Masukan/Saran

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

Logistik		Tanda Tangan	
FY 1 Ply			
Atasan Langsung/Atasan Tidak Langsung		Tanda Tangan	
ACC Revisi			
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divisi/Komite	Tanda Tangan
		ACC	a. Riki, Sp.PH-KL
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekretariatan	Tanda Tangan
Revisi nomor dan No	Handwritten signature	Ditindaklanjuti sesuai dengan penomoran baru RM.	Handwritten signature
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direktur	Tanda Tangan
ACC	Handwritten signature	ACC	Handwritten signature

*) Catatan : Wajib Melampirkan Draft

**) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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

SURAT KETERANGAN DOKTER THT

No. :/SKD-THT/RSIH/...../20.....

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*

Telah diperiksa kesehatannya dengan hasil sebagai berikut:

Tinggi Badan	:	..... cm	Berat Badan	:	..... Kg
Tekanan Darah	:	...../..... mmHg	Nadi	:	..... x/menit
Pernafasan	:	.....x/menit	Suhu tubuh	:	..... °C

Hasil Pemeriksaan THT

	Kanan	Kiri
Telinga		
- Lubang Telinga	:	:
- Membran Timpani	:	:
- Lain-lain	:	:
Hidung		
- Mukosa	:	:
- Konka inferior	:	:
- Lain-lain	:	:
Tenggorokan		
- Tonsil	:	:
- Mukosa	:	:
- Dinding faring	:	:
- Lain-lain	:	:
Pemeriksaan Lain-lain	:	:

Kesimpulan :

Garut,20....
Dokter Pemeriksa

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



TATA CARA PENGISIAN SURAT KETERANGAN DOKTER THT

021/F/RM/RSIH/IX/2022 (RM 7.18) - Rev.02

1. PENGERTIAN

Surat Keterangan Dokter THT adalah suatu permintaan tertulis dari dokter untuk pembuatan keterangan sesuai hasil pemeriksaan fisik yang meliputi Telinga, Hidung dan Tenggorokan, diagnosis, Tindakan medis 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 THT-KL 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
Tinggi badan	Di isi tinggi badan pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Berat badan	Di isi berat badan pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap

Tekanan darah	Di isi hasil tekanan darah pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Nadi	Di isi hasil nadi per menit pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Pernafasan	Di isi hasil pernafasan per menit pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Suhu tubuh	Di isi hasil suhu tubuh pasien yang dilakukan pemeriksaan	Perawat	Diisi lengkap
Telinga	Di isi hasil pemeriksaan telinga yang dilakukan oleh dokter	Dokter	Diisi hasil pemeriksaan telinga kanan dan kiri yang meliputi lubang telinga, membrane timpani dan lain-lain
Hidung	Di isi hasil pemeriksaan hidung yang dilakukan oleh dokter	Dokter	Diisi hasil pemeriksaan hidung kanan dan kiri yang meliputi mukosa, konka inferior dan lain-lain
Tenggorokan	Di isi hasil pemeriksaan tenggorokan yang dilakukan oleh dokter	Dokter	Diisi hasil pemeriksaan tenggorokan yang meliputi tonsil, mukosa, dinding faring dan lain-lain
Pemeriksaan lain-lain	Di isi jika pasien dilakukan pemeriksaan diluar telinga, hidung, tenggorokan yang dilakukan oleh dokter	Dokter	Di isi lengkap
Kesimpulan	Di isi kesimpulan hasil dari pemeriksaan yang sudah dilakukan	Dokter	Di isi lengkap
Tanggal	Di isi tempat dan tanggal pemeriksaan	Perawat/Dokter	Diisi lengkap
Dokter yang memeriksa	Di isi nama jelas dan tanda tangan dokter yang memeriksa	Dokter	Diisi lengkap