

FORMULIR PERMINTAAN PEMBUATAN / REVISI / PENGHAPUSAN FORMULIR

DATA IDENTITAS PEMOHON				
NIP :	14080292034	Tar	iggal : 20 Oktober :	2022
Nama Lengkap :	Resti Septianisa			
Unit/Divisi/Komite :	Radiologi		Logistik F	ormulir
No. Telepon/Ext :			(diisi oleh petu	
E-mail :	Padialogissih@gmail.com	- Inc	nlah stok formulir lama	
E-IIIdii ,	Radiologirsih@gmail.com			
		But	fer stock : -	
DATA FORMULIR TERKAIT		Pro	ses PO :	
Jenis Permintaan Formulir :	Buat Baru Revisi	Penghapusan Wa	ktu :	
Judul Formulir :	Pemberian Informasi Tindakan Medik CT-S			
No/Kode Formulir	137/F/RM/RSIH/X/2022	,		Paraf
No/Kode RM**		a madia)		
	9.2 (untuk form			a.h
Bulan Revisi Terkahir :	Revisi ke-	:		1
				Holita.
Alasan Pembuatan/Perubahan Formulir				4 1
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain	jika diperlukan, berikan penjelasan s	secukupnya)		
Sesuai rekomendasi pada saat kegiatan lu	ring PCC (LAM-KPRS)	8		
Harus tersedia formulir terpisah untuk pemberian infor		Vt		
Trai us tersedia formulii terpisari urituk pemberiari irilor	masi undakan pemeriksaan CT-Scan D			
			Tanda Tangan	Tanda Tangan
Komponen Perubahan			Pemohon,	Penerima,
(data diisi menggunakan tambahan kertas lain j	iika diperlukan, berikan penjelasan s	secukupnya)	_	A 1/2-1 10
			(D)	1/1/9
			1.64	11 12 .
			1 post	Ravi
			111	1-011-01
	Masuka	n/Saran		
(data diisi me	enggunakan tambahan kertas lain jii	ka diperlukan, berikan penjela	san secukupnya)	
	Logistik			Tanda Tangan
				A.n
	cu i nl.			n.r)
	fy I ply			
				<u> </u>
	Atasan Langsung/Atasan Tidak L	angsung		Tanda Tangan
	152			Tanaa Tangan
	di Rizai Rosviclah M	life la Ded		10 05
	1. 1.15dl 10.30101011 1	our of load		1 H mi
				1 / /
Panitia Rekam Medik**	Tanda Tangan	Unit/Divis	i/Komite	Tanda Tangan
				Tanda nangan
				1
Rekam Medik**	Tanda Tangan	Kesekret	ariatan	Tanda Tangan
fenemeran sugah di crusastan	16 1 2/10/22		ariatari	
fenemeran subah di sesuaukan	1/m.1 4/10/12	Difin Ballan out		TYD 7 7624
	1711004 Arain			1 11 4 4 10
	Olovoy Acens			padil
Manajer Pelayanan Medik/Keperawatan**	Tanda Tangan	Direk	tur	Tondo Tondo
		Difer	itui	Tanda Tangan
Ara	(MAIL	1	.l.	P. 9 24
Ace	dr. wa.	l P		drg. Muhammad Hasan, MARS
	Ur y von dr. wa.	•		NIP. 21110183633
*) Catatan : Maiih Malamaidean Deaff				

*)Catatan : Wajib Melampirkan Draft **) Khusus untuk Formulir Rekam Medis

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



Identitas Pasien (Diisi	ole	h Pe	rawa	at)				
Nama	:							
Tanggal Lahir	:						(L / W)*	
No. RM	:							
Ruangan/Kelas	:				/		-	
DPJP	:							
Penjamin	:							
Danat Tompolkan Stiker	Idor	ntitae	Das	ion	dicini			

PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK CT-SCAN DENGAN KONTRAS Medical Procedure Information

PEMBERIAN INFORMASI (Provision of Information)

Dokter Pelaksana Tindakan/Medical staff conducting procedure :

Pemberi Informasi/information provider :

Penerima Informasi/Pemberi persetujuan* :

JENIS INFORMASI (Type of information)	ISI INFORMA (Content of inform	_	TANDA (√)
Diagnosis (WD & DD) Diagnosis (Working Diagnosis and Differential Diagnosis	(onnen o mom	ilation)	(-)
2 Dasar Diagnosis Basic of Diagnosis			
3 Tindakan Kedokteran/Tata Cara Medical Procedure/Method	☐ Intra Vena ☐ Anal ☐ Ora	al	
	 □ Obat kontras disuntikan ke da darah □ Obat kontras diminum □ Obat kontras dimasukkan ke melalui anus 	·	
4 Indikasi Tindakan Medical Procedure Indication	□ Memperjelas area yang dicur kelainan	igai sebagai	
5 Tujuan Purposes of the Procedure		kikardi metar rgi sal asi pada tenggorkan afilaksis	
6 Risiko/Koplikasi Risks/Complications			
7 Prognosis Prognosis			
8 Alternatif & Risiko Alternative & Risks 9 Lain-lain			
Others			
Garut, Pul Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerangkan jelas dan memberikan kesempatan untuk bertanya dan/a Herewith stated that I have explain all information above correctly a inquiries and/or discussion.	hal-hal di atas secara benar dan atau berdiskusi.	Dokter Pelaksana	
		(Nama Jelas dan Tan	
Dengan ini menyatakan bahwa saya telah menerima info saya beri tanda/paraf di kolom kanannya, dan telah mem Herewith stated that I have explain all information as mentioned ab- column, and have understand it.	nahaminya.	Penerima Info	
		Nama Jelas dan Tan	da Tangan

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



TATA CARA PENGISIAN FORMULIR PEMBERIAN INFORMASI TINDAKAN MEDIK CT-SCAN DENGAN KONTRAS137/F/RM/RSIH/X/2022 (RM 9.2) - Rev.00......

1. PENGERTIAN

Formulir Pemberian Informasi Tindakan Medik CT-Scan Dengan Kontras 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

- a. Dokter Spesialis Radiologi
- b. Form Pemberian Informasi CT-Scan Dengan Kontras disediakan di Unit Radiologi.

5. MEKANISME PENGISIAN

- a. Form Pemberian Informasi diisi oleh Dokter Spesialis Radiologi
- b. Pengisian Identitas pasien Form Pemberian Informasi diisi oleh Radiografer 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	Radiografer/ Petugas Kesehatan lainnya	
Tgl Lahir L /P	Diisi tanggal lahir, L/P dipilih salah satu yang sesuai	Radiografer / Petugas Kesehatan lainnya	
No RM	Diisi nomor rekam medis pasien	Radiografer / Petugas Kesehatan lainnya	
Ruangan/Kelas	Diisi ruangan/perawatan tempat pasien diperiksa/ dirawat	Radiografer / Petugas Kesehatan lainnya	
Dokter yang merawat	Diisi nama dokter yang merawat pasien	Radiografer / Petugas Kesehatan lainnya	
Penjamin	Diisi nama penjamin yang menanggung pemeriksaan pasien	Radiografer / Petugas Kesehatan lainnya	
Pemberian Informasi			
Dokter Pelaksana Tindakan	Diisi nama dokter yang akan melakukan tindakan medik	Radiografer /Tenaga kesehatan lain/DPJP	
Pemberi Informasi	Diisi nama dokter yang memberikan informasi terkait tindakan medik yang akan dilakukan	Radiografer /Tenaga kesehatan lain/DPJP	

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